РОССИЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

АЛКОГОЛЬ И ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ 1900-2000

под редакцией А.К. Демина
(автор и руководитель проекта)

Материалы Всероссийского Форума по политике в области общественного здоровья "Алкоголь и здоровье", состоявшегося в 1996-1998 годах

и Всероссийской конференции "Алкоголь и здоровье" г. Москва, Российская Федерация, 17 декабря 1996 г.

Форум и конференция организованы при финансовой поддержке российских и зарубежных благотворительных организаций, а также Агентства по международному развитию США (USAID), Национального Института злоупотребления алкоголем и алкоголизма, Национальные институты здоровья США (NIAAA NIH, USA), Канадской Ассоциации общественного здоровья (Оттава, Онтарио) (CPHA) и Канадского Фонда сотрудничества (CCF). Издание Материалов Форума осуществлено при финансовой поддержке Агентства по международному развитию США.

.09138201

Основой деятельности Российской Ассоциации общественного здоровья является признание охраны здоровья правом, а не привилегией, утверждение человека в качестве главной ценности и осознание того, что

здоровье человека невозможно без обеспечения социальных и природных условий жизни, способствующих здоровью, являющихся главными показателями устойчивого развития.

Издательско-информационный центр при Ассоциации ведет подготовку и издание серии докладов по политике в области здоровья населения "Здоровье для всех - Все для здоровья в России". Ранее опубликованы следующие доклады:

1. "Ожидаемая продолжительность жизни и смертность населения России в 1970-1993 годах: анализ и прогноз" (1995 г.);
2. "Алкогольная ситуация в России" (1995 г.);
3. "Курение или здоровье в России?" (1996 г.);
4. "Электромагнитное загрязнение окружающей среды и здоровье населения России" (1997 г.);
5. "Рекомендации для граждан и некоммерческих организаций по защите прав и интересов населения в области здоровья" (1997 г.).
6. "Загрязнение продуктов питания, дефицит йода и здоровье населения России" (1999 г.)

Перепечатка материалов приветствуется с разрешения Фонда и Ассоциации.

Позиция Ассоциации не обязательно совпадает с мнениями авторов материалов доклада.

Материалы доклада подготовлены по заказу Российской Ассоциации общественного здоровья.

Дополнительную информацию можно получить в Российской Ассоциации общественного здоровья:

Почта: 101000, Москва, улица Покровка, 22, строение 1, к. 27.
Телефон: (+7 095) 916-32-29; 917-58-89. Факс (+7 095) 917-58-89.
Электронная почта: hefrus@glas.apc.org.
Website: http://www.glas.apc.org/~hefrus
Редактор: Демин А.К.

Издание подготовлено и осуществлено ООО"Политек-Ф"

MAIN

© Российская Ассоциация общественного здоровья, 1998

Л. ЛР 030639
55П(03)

ISBN 5-89300-001-3

W55P5
.I5
A4
1998
MAIN

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие Председателя Комитета Государственной Думы по охране здоровья, члена-корреспондента РАМН, доктора медицинских наук, профессора Н.Ф. Герасименко ... 8

Предисловие первого заместителя Министра здравоохранения Российской Федерации, члена-корреспондента РАМН, доктора медицинских наук, профессора Г. Г. Онищенко ... 9

Предисловие академика Российской Академии медицинских наук, президента Всероссийской независимой ассоциации по социальной медицине и организации здравоохранения, заведующего кафедрой социальной гигиены и организации здравоохранения Российского государственного медицинского университета имени Н.И.Пирогова, доктора медицинских наук, профессора Ю. П. Лисицына ... 10

Н. Ф. Герасименко
"ПЬЯНЫЕ ДЕНЬГИ" НЕ СПАСУТ РОССИЮ ... 12

1. *А.К. Демин, И.А. Демина*
ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ И АЛКОГОЛЬНАЯ ЭПИДЕМИЯ В РОССИИ: ЛЕКАРСТВО ОТ ЖИЗНИ? ... 16
1.1. Введение ... 16
1.2. Состояние здоровья населения России ... 17
1.3. Проблема "Алкоголь и здоровье" ... 25
1.4. Деятельность Ассоциации по проблеме "Алкоголь и здоровье" ... 33
1.5. Всероссийский форум "Алкоголь и здоровье" ... 36
1.6. Доклад "Алкоголь и здоровье населения России, 1900 – 2000" ... 40
1.7. Заключение ... 42
1.8. Литература ... 44

2. МАТЕРИАЛЫ ВСЕРОССИЙСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ "АЛКОГОЛЬ И ЗДОРОВЬЕ" ... 48
2.1 Программа ... 48
2.2 Список участников ... 49
2.3. Стенограмма ... 53

3. МАТЕРИАЛЫ СОВЕЩАНИЙ ЭКСПЕРТОВ ПО ПОЛИТИКЕ В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ПО НАПРАВЛЕНИЯМ ФОРУМА ... 98
3. I . ***А.В. Немцов***
Тенденции потребления алкоголя и обусловленные алкоголем потери здоровья и жизни в России в 1946—1996 гг. ... 98
3.I.1. Введение ... 98
3.I.2. 1 период : 1946 — 1979 гг. ... 98
3.I.3 2 период : 1980 — 1984 гг. ... 99
3.I.4. 3 период : 1985 — 1991 гг. ... 100
3.I.5. 4 период : 1992 — 1996 гг. ... 103
3.I.6. Модель распределения потребления алкоголя и прогноз алкогольной ситуации в России ... 106
3.I.7. Литература ... 107
3.II. **Б.М.Левин**
Социальные факторы потребления алкогольных напитков ... 108
3.II.1. Аналитическая справка ... 108
3.II.2. Прогноз тенденций алкогольного потребления в России ... 120
3.III. **В.П.Нужный**
Качество и токсичность алкогольных напитков ... 124
3.III.1. Введение ... 124
3.III.2. Медицинские и социальные последствия изменений на рынке алкогольной продукции ... 125
3.III.3. Этиловый спирт, водка и самогон ... 126
3.III.4. Самый опасный для здоровья и жизни пищевой продукт ... 128
3.III.5. Недееспособный ГОСТ ... 130
3.III.5.1. Альдегиды ... 131
3.III.5.2. Сивушное масло ... 131
3.III.5.3. Метиловый спирт ... 132
3.III.5.4. Сложные эфиры ... 133
3.III.6. Факторы, влияющие на токсичность алкогольных напитков ... 134
3.III.7. Оценка токсичности и контроль безопасности алкогольных напитков ... 135
3.III.8. Основные положения и рекомендации ... 137
3.III.9. Дополнительный материал к направлению III О необходимости совершенствования процедур патентной экспертизы и государственных стандартов, относящихся к алкогольной продукции ... 138
3.III.10 Источники информации ... 142
3.IV. **В.А. Ребриков**
О влиянии законодательства на потребление алкоголя в России. Позиция Российского парламента, политических партий. имеющиеся рекомендации по выработке и реализации мер, влияющих на потребление алкоголя ... 143
3.IV.1. Зарубежная практика законодательного регулирования потребления алкоголя ... 143
3.IV.2. Историческая справка законодательного регулирования потребления алкоголя в России ... 144
3.IV.3. Влияние современного законодательства, регулирующего производство и оборот алкогольной продукции, на ее качество и объемы потребления ... 148
3.IV.4. Выводы и рекомендации по проблеме законодательного регулирования российского алкогольного рынка ... 152
3.IV.4.1. Выводы ... 152

3.IV.4.2. Рекомендации ... 152

3.V. **Л.Д.Мирошниченко, В.Е.Пелипас**
Государственная статистика в области оборота и последствий потребления алкогольной продукции как основа формирования государственной алкогольной политики и законодательства . 155
3.V.1. Введение ... 155
3.V.2. Статистические данные, характеризующие предложение алкоголя ... 156
3.V.3. Статистические данные, характеризующие потребление алкогольных напитков ... 157
3.V.4. Статистические данные, характеризующие медицинские последствия потребления алкоголя 158
3.V.5. Статистические данные, характеризующие социальные последствия потребления алкоголя . 159
3.V.6. Статистические данные, характеризующие экономическую оценку потребления алкоголя и негативных последствий ... 160
3.V.7. О показателях спроса населения на алкоголь и уровня благоприятных последствий его потребления ... 161
3.V.8. Заключение ... 162
3.V.9. Литература ... 163

3.VI. Проблемы диагностики и медицинской помощи при расстройствах здоровья, связанных с употреблением алкоголя ... 164
3.VI.1. **В.С.Моисеев, П.П.Огурцов, Т.Г.Траянова**
Проблема алкогольной болезни ... 164
3.VI. 1.1. Литература ... 167
3.VI. 2. **П.П.Огурцов, А.Б.Покровский, А.Е.Успенский**
Комплекс "неинвазивных" методов выявления хронической алкогольной интоксикации ... 167
3.VI.2.1. Литература ... 173
3.VI.3. **В.И.Маколкин, В.М.Махов**
Поражение желудочно-кишечного тракта при алкоголизме (зависимость от длительности и стадии) ... 173
3.VI.3.1. Литература ... 177
3.VI.4. **Н.А.Мухин, Т.Н.Лопаткина, Е.Л.Танащук**
Алкогольная болезнь печени: новые аспекты проблемы ... 177
3.VI.4.1. Литература ... 180
3.VI.5. **Л.В.Войнова, Г.В.Цодиков, Н.Н.Чернышова**
Клиническое значение определения холилглицина при алкогольном поражении печени ... 180
3.VI. 5.1. Литература ... 182
3.VI. 6. **В.Т.Ивашкин, М.В.Маевская**
Использование препарата фосфолип в лечении алкогольной болезни печени ... 182
3.VI. 6.1. Литература ... 184
3.VI. 7. **В.А.Сергеев, В.Г.Ананченко, Л.А.Мерзликин, В.А.Бусарова, В.И.Шевелев**
Поражение легких на фоне хронической алкогольной интоксикации ... 185
3.VI. 7.1. Литература ... 187
3.VI.8. **П.П.Огурцов, А.А.Шелепин, А.Б.Покровский, Т.М.Демидова**
Хроническая алкогольная интоксикация и сосудистые катастрофы (инфакты миокарда и инсульты) ... 188
3.VI. 8.1. Литература ... 190
3.VI. 9. **П.П.Огурцов, А.Б.Покровский, А.А.Шелепин, Т.М.Демидова**
Хроническая алкогольная интоксикация и развитие неблагоприятных исходов у больных многопрофильного городского стационара ... 191
3.VI. 9.1. Литература ... 195
3.VI.10. **Ю.В.Валентик**
К современной концепции алкоголизма и зависимости от алкоголя ... 196
3.VI.10.1 Литература ... 199
3.VI.11. **В.В.Василенко, Д.Л.Савельев, Ю.А.Ливин, В.А.Сергеев**
Применение препаратов минерально-органического субстрата в реабилитационном комплексе для лиц с болезненным пристрастием к алкоголю ... 200
3.VI. 11. 1. Литература ... 201
3.VI.12. **В.С.Пауков, А.И.Угрюмов**
Патологическая анатомия алкогольной болезни ... 202
3.VI. 12. 1. Литература ... 204
3.VI.13. **А.Е.Успенский**
О выпуске информационно-реферативного журнала "Алкогольная болезнь" ... 205

3.VII. **Г.Б.Ткаченко**
Санитарное просвещение в области потребления алкоголя, деятельность учебных заведений, средств массовой информации ... 208
3.VII.1. Вступление ... 208
3.VII.2. Формирование противоалкогольной политики ... 209
3.VII.3. Реклама алкоголя ... 210
3.VII.4. Ответственность поставщиков алкоголя за финансирование мероприятий по укреплению здоровья ... 211
3.VII.5. Европейский план действий ... 211
3.VII.6. Противоалкогольная информационно-пропагандистская деятельность в России ... 212
3.VII.7. Законодательная деятельность ... 213
3.VII.8. Антиалкогольная пропаганда, проводимая силами службы медицинской профилактики ... 215
3.VII.9. **Богун Т.Ф., Саардак А.М**
Организационно-методические материалы, подготовленные Федеральным Центром медицинской профилактики (Республиканским Домом санитарного просвещения, Республиканским Центром здоровья) ... 215

3.VII.10. Противоалкогольная пропаганда, проводимая на территории Российской Федерации центрами медицинской профилактики в 1995 году ... 217
3.VII.11. Антиалкогольное воспитание (по докладу д.м.н. А.В. Ляховича, ФНИИ медицинских проблем формирования здорового образа жизни "Санитарное просвещение и антиалкогольное воспитание в образовательных учреждениях") ... 219
3.VII.12. Современная ситуация по проблеме антиалкогольного воспитания ... 221
3.VII.13. Предложения различным структурам общества с целью оздоровления алкогольной ситуации ... 222

3.VIII. **Г.Г. Заиграев**
Алкоголь-обусловленная преступность и административные меры, предпринимаемые государством в России ... 224
3.VIII.1. Рост пьяной преступности ... 224
3.VIII.2. Криминализация сферы производства и реализации алкогольной продукции ... 226
3.VIII.3. Меры по противодействию ухудшению алкогольно-криминальной ситуации ... 227

3.IX. **Е.А.Кошкина, И.Д.Паронян, А.З.Шамота, В.М.Гуртовенко**
Последствия потребления алкоголя для женщин, подростков, детей и семьи ... 233
3.IX.1. Введение ... 233
3.IX.2. Алкоголизм и семья ... 234
3.IX.3. Алкоголизм у женщин ... 235
3.IX.4. Алкогольный синдром плода ... 238
3.IX.5. Алкоголизм подростков ... 239
3.IX.6. Социальные последствия потребления алкоголя детьми и подростками ... 241
3.IX.7. Основные тенденции, характеризующие последствия потребления алкоголя для женщин, детей, подростков и семьи в настоящее время ... 247
3.IX.8. Литература ... 248

3.X. **О.В.Зыков, М.Г.Цетлин, С.А.Полятыкин, Е.И.Молев**
Опыт неправительственных объединений по решению проблем, связанных с потреблением алкоголя ... 248
3.X.1. Деятельность НГО в сфере наркологии: аспекты, проблемы, направления работы ... 248
3.X.1.1. Создание служб помощи лицам с наркологическими проблемами ... 249
3.X.1.2. НГО и социальный заказ ... 250
3.X.1.3. Профилактические программы ... 251
3.X.1.4. Информационная и общественно-политическая деятельность ... 251
3.X.1.5. Правовая деятельность ... 252
3.X.1.6. Взаимодействие НГО с наркологической службой ... 252
3.X.2. Пример деятельности общественной негосударственной организации по решению проблем, связанных с употреблением наркотиков ... 252
3.X.3. Группы самопомощи и мир профессионалов — путь к взаимопониманию ... 254
3.X.3.1. Литература ... 258
3.X.4. Заявление неправительственных организаций для конференции "Здоровье, общество и алкоголь" (Париж, декабрь 1995 года) ... 258
3.X.4.1. Европейские питейные традиции ... 259
3.X.4.2. Необходимость политики ... 259
3.X.4.3. Основы алкогольной политики ... 260
3.X.4.4. Принципы алкогольной политики ... 260
3.X.4.6.Европейский План Действий по борьбе с потреблением алкоголя ... 263
3.X.4.7. Роль НГО ... 263
3.X.5. Список правовых актов, регулирующих деятельность НГО в России ... 264
3.X.6. Общественные организации, работающие в сфере наркологии ... 264
3.X.7. Московские группы АА и АН (на 05.03.96) ... 264
3.X.8. Московские группы "АЛ-АНОН" ... 265
3.X.9. Группы АА в Подмосковье ... 265
3.X.10. Группы АЛ-АНОН в Подмосковье ... 265
3.X.11. Список городов, где есть группы "АА" ... 265

3.XI. Опыт административных территорий в решении проблем, связанных с потреблением алкоголя ... 266
3.XI.1. **П.И. Сидоров, А.Г. Соловьев**
Медико-социальные проблемы алкоголизма в Архангельской области ... 266
3.XI.2. **П.И. Сидоров, А.Г. Соловьев, А.А. Коробицын**
Динамика заболеваемости алкоголизмом в Архангельской области за 1990 — 1995 годы ... 268
3.XI.3. **В.Я. Семке**
Состояние наркологической ситуации в Томске и совершенствование программ профилактики наркоманий ... 269
3.XI.4. **Л.Д. Михалева**
Эпидемиологическая характеристика наркологической ситуации по данным наркологических учреждений и подразделений Приморского края за 1985-1995 гг. ... 273
3.XI.5. **В.Ф. Кравченко**
О состоянии здоровья населения Ростовской области в связи с потреблением алкогольных напитков ... 275
3.XI.6. Проект "Сотрудничество в здравоохранении Ла-Кросс — Дубна" ... 276
3.XI.6.1. **Е.А.Александров**
Российско — американское сотрудничество по проблемам алкоголизма ... 276
3.XI.6.2. **Т.Л.Житникова**
Региональный проект лечения алкоголизма "Ла Кросс — Россия" ... 276
3.XI.7. Указ Президента Республики Тыва ... 278

3.XII. **Е.В.Борисова, А.Ф.Мещеряков, В.Я.Дробышева**
Научные исследования по вопросам связанным с потреблением алкоголя ... 279
3.XII.1. Введение ... 279
3.XII.2. Состояние и тенденции развития алкогольной ситуации в России ... 280
3.XII.3. Состояние и приоритеты развития научных исследований в области наркологии ... 280
3.XII.4. Научно-организационные исследования в области первичной профилактики алкоголизма 281
3.XII.5. Научные исследования, выполняемые в рамках Отраслевой программы по наркологии Минздрава России ... 282
3.XII.5.1. Научно-организационные исследования в области клинико-терапевтического направления ... 282
3.XII.5.2. Научно-организационные исследования в области профилактики алкоголизма ... 283
3.XII.5.3. Научные исследования биологических проблем алкоголизма ... 284
3.XII.6. Научные исследования, выполняемые по направлению "Наркомания, токсикомания, алкоголизм" ГНТП России ... 285
3.XII.6.1. Фундаментальные исследования биологических механизмов формирования зависимости от психоактивных веществ ... 286
3.XII.6.2. Экспериментальная разработка новых методов и средств лечения алкоголизма ... 287
3.XII.6.3. Разработка высокочувствительных и специфических методов ранней диагностики алкоголизма ... 289
3.XII.7. Заключение ... 289
3.XII.8. Литература ... 290
3.XII.9. Перечень учреждений Минздрава России, участвующих в выполнении Отраслевой научно-исследовательской программы "Разработка эффективных методов и средств профилактики, диагностики и лечения наркологических заболеваний на основе медико-биологических, клинических и медико-социальных исследований" на 1996-2000 гг." ... 290
3.XII.10. Перечень учреждений, принимающих участие в Государственной научно-технической программе России по направлению "Наркомании, токсикомании, алкоголизм" ... 291
3.XII.11. Основные направления исследования участников программы "Наркомания, токсикомания, алкоголизм" ... 292

4. ПРОТОКОЛЫ СОВЕЩАНИЙ ЭКСПЕРТОВ ВСЕРОССИЙСКОГО ФОРУМА ПО ПОЛИТИКЕ В ОБЛАСТИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ"АЛКОГОЛЬ И ЗДОРОВЬЕ" ... 295
4.1 Совещание экспертов по I направлению: Тенденции потребления алкоголя и обусловленные алкоголем потери здоровья и жизни в России в 1946-1996 гг. ... 295
4.2. Совещание экспертов по II направлению: "Социальные факторы потребления алкоголя" ... 296
4.2.1. Рекомендации по направлению II ... 297
4.2.2. Приложение к протоколу, подготовленное Б.М. Левиным ... 299
4.3. Совещание экспертов по III направлению: Качество и безопасность алкогольных напитков в России 300
4.3.1. Решение ... 303
4.3.2. Состав экспертного совета по направлению III ... 304
4.4. Совещание экспертов по IV направлению: Законодательство, влияющее на потребление алкоголя в России. Позиция Российского парламента, политических партий. имеющиеся рекомендации по политике в области потребления алкоголя ... 305
4.5. Совещание экспертов по V направлению: Государственная статистика в области оборота и последствий потребления алкогольной продукции как основа формирования государственной алкогольной политики и законодательства ... 306
4.6. Конференция экспертов по VI направлению: Проблемы диагностики и терапии расстройств здоровья, связанных с употреблением алкоголя ... 309
4.6.1. **В.С.Моисеев, П.П.Огурцов, А.Е.Успенский**
Заключение по итогам работы конференции экспертов по VI направлению ... 310
4.7. Совещание экспертов по VII направлению: Санитарное просвещение в области потребления алкоголя, деятельности учебных заведений, средств массовой информации... 312
4.8. Совещание экспертов по VIII направлению: Алкоголь-обусловленная преступность и административные меры, предпринимаемые государством в России ... 313
4.9. Совещание экспертов по IX направлению: Последствия потребления алкоголя для женщин, подростков, детей и семьи ... 313
4.10. Совещание экспертов по X направлению: Опыт неправительственных объединений по решению проблем, связанных с потреблением алкоголя ... 317
4.10.1. Список группы экспертов по направлению X ... 319
4.10.2. Рекомендации по направлению X ... 320
4.10.3. Общественные организации в сфере наркологии: роли, функции, задачи ... 320
4.10.4. Рекомендации для НГО по принципам их работы, формам, методам, условиям ... 321
4.11. Совещание экспертов по XII направлению: Научные исследования по вопросам, связанным с потреблением алкоголя (центры, направления) ... 322
4.11.1. Рекомендации по направлению XII ... 326

5. ИТОГОВЫЙ ДОКУМЕНТ ФОРУМА (ПОДГОТОВЛЕН А.К. ДЕМИНЫМ С УЧЕТОМ ПРЕДЛОЖЕНИЙ УЧАСТНИКОВ ФОРУМА) ... 328
5.1. Информация о проекте "Всероссийский Форум по политике в области общественного здоровья "Алкоголь и Здоровье" ... 328
5.2. Основные положения и рекомендации по политике в области общественного здоровья, направленные на предупреждение и сокращение отрицательного воздействия потребления алкоголя на общественное здоровье ... 330
5.3. Информация о дальнейших работах Форума ... 336

6. FINAL DOCUMENT OF THE FORUM (PREPARED BY DR. ANDREI K. DEMINE AFTER CONSIDERATION OF THE FORUM PARTICIPANTS' PROPOSALS) ... 338
6.1. Project Information ... 338

6.2. Basic Positions and Policy Recommendations in the Area of Public Health, Oriented Towards the Prevention and Reduction of the Adverse Effects of Alcohol Consumption on Public Health ... 339
6.3. Information About the Future Project Work ... 345

7. ПРИЛОЖЕНИЯ
7.1. Указ Президента Российской Федерации о восстановлении алкогольной монополии ... 347
7.2. Постановление Правительства Российской Федерации Об утверждении Порядка розничной торговли алкогольными напитками и пивом на территории Российской Федерации ... 348
7.3. Рекомендации Парламентских слушаний "Унификация Российского законодательства, регулирующего производство и оборот этилового спирта и алкогольной продукции" 14 мая 1997 г., г.Москва. 350
7.4. Рекомендации по результатам Парламентских слушаний "Вопросы государственного регулирования производства и оборота этилового спирта, спиртосодержащих растворов, алкогольной продукции и его законодательного обеспечения", проведенных Советом Федерации Федерального Собрания Российской Федерации 14 апреля 1998 года ... 352
7.5. Рекомендации Парламентских слушаний "О государственной алкогольной политике в России", проведенных Комитетом Государственной Думы по охране здоровья 15 июня 1998 г. ... 355
7.6. Проект Обращения Государственной Думы Федерального собрания Российской Федерации к Президенту Росийской Федерации ... 358
7.7. Проект федерального закона "О социальных основах государственной алкогольной политики Российской Федерации" ... 359
Глава I. Общие положения ... 359
Глава II. Регулирование государственной алкогольной политики ... 360
Глава III. Предметы ведения Российской Федерации и субъектов Российской Федерации в области государственной алкогольной политики ... 362
Глава IV. Районы чрезвычайных ситуаций, вызванных алкоголизацией ... 362
Глава V. Контроль за осуществлением государственной алкогольной политики и обеспечение ее реализации ... 363
Глава VI. Заключительные и переходные положения ... 363
7.8. Решение МВК СБ РФ от 30.09.94 г. ... 364
7.9. Декларация Первого Конгресса Российских производителей алкогольной продукции ... 365
7.10. Константинов В.В., Деев А.Д., Александри А.Л., Жуковский Г.С., Шестов Д.Б., Капустина А.В., Шальнова С.А., Тимофеева Т.Н.
Алкоголь и смертность от основных неинфекционных заболеваний среди мужского населения ... 367
7.10.1. Материал и методы ... 367
7.10.2. Результаты исследования ... 369
7.10.3. Обсуждение ... 372
7.10.4. Литература ... 373
7.11. Материалы А.А. Голова, старшего научного сотрудника ВЦИОМ ... 374
7.11.1. Антиалкогольная политика и винопитие в России ... 374
7.11.2. Антиалкогольные настроение и винопитие в Российском обществе ... 376
7.11.3. Пьяные соколы и трезвые вороны ... 382
7.11.3.1. Алкоголь - пособник реформ ... 383
7.11.3.2. Алкоголь - источник терпения ... 383
7.11.3.3. Алкоголь - освободитель ... 384
7.11.3.4. Соколы и вороны ... 385
7.12. Резюме Доклада РАОЗ № 2 "Алкогольная ситуация в России" ... 385
7.13. Материалы конференций РАОЗ по алкогольной проблеме ... 387
7.13.1. Информационное сообщение ... 387
Заявление о правах граждан в области потребления алкоголя и основных направлениях алкогольной политики, принятое российскими участниками Международной конференции "Алкогольная ситуация в России и пути ее оздоровления" (Москва, 14-15 ноября 1995 года) ... 388
Заявление о правах граждан в области потребления алкоголя ... 388
Цели алкогольной политики ... 388
7.13.2. Information Release ... 389
Declaration on Rights of Citizens in Relation to Alcohol Consumption ... 390
and on Main Directions of Alcohol Policy, adopted by Russian participants of International Conference "Alcohol Situation in Russia and Proposals for It's Alleviation" (Moscow, 14-15 November 1995) ... 390
Declaration on Rights of Citizens in Relation to Alcohol Consumption ... 390
Main Directions of Alcohol Policy ... 390
7.13.3. Информационное сообщение ... 391
Рекомендации российских участников Всероссийской научно-практической конференции с международным участием "Алкогольная болезнь в России: клиника, морфология, эпидемиология, значение для общественного здоровья" ... 391
7.14. О Всероссийском Форуме по политике в области общественного здоровья "Алкоголь и здоровье", второй этап, 1 декабря 1997 г. - 30 ноября 1998 г. ... 393
I. Обоснование. ... 393
II. Цель проекта. ... 393
III. Описание деятельности по проекту. ... 393
7.15. Европейская Хартия по алкоголю ... 397
Этические принципы и цели ... 397
Десять стратегий деятельности в отношении алкоголя ... 397

8. РЕЗЮМЕ/ENGLISH SUMMARY ... 399

ПРЕДИСЛОВИЕ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ КОМИТЕТА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ДУМЫ ПО ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ, ЧЛЕНА-КОРРЕСПОНДЕНТА РАМН, ДОКТОРА МЕДИЦИНСКИХ НАУК, ПРОФЕССОРА Н.Ф. ГЕРАСИМЕНКО

Последнее десятилетие XX столетия, без сомнения, оставит печальный след во многовековой истории России. Сегодня мы переживаем небывалый по разрушительной силе и далеко идущим последствиям демографический кризис, который рядом специалистов охарактеризован как "русский крест". Основное содержание этого кризиса — резкое сокращение народонаселения в результате падения рождаемости и сверхвысокой смертности.

Западными экспертами такое состояние динамики демографических процессов в России оценено как "беспрецедентное для мирного времени". Среди важнейших причин их возникновения специалисты Всемирной организации здравоохранения называют поразивший нашу страну социально-экономический кризис и запредельный уровень потребления населением крепких алкогольных напитков.

Значительно уступая развитым странам мира по показателям заболеваемости, рождаемости и смертности населения, Российская Федерация по уровню потребления алкоголя находится далеко впереди большинства даже самых "пьющих" западных держав. Не способствует укреплению здоровья и идет вразрез со всеми цивилизованными нормами и характерная для многих наших сограждан манера "залпового" приема больших доз алкоголя (так называемый "северный тип" потребления алкогольной продукции). В результате мы имеем то, что имеем: смертность от случайных отравлений алкоголем растет невиданными ранее темпами, занимая сейчас третье место среди всех причин смертности. Одновременно отмечается значительный рост хронического алкоголизма, особенно среди женщин, детей, подростков и лиц наиболее трудоспособного возраста. Причем нередки случаи алкоголизма новорожденных.

Таким образом, дальнейшая алкоголизация населения может привести к деградации нации и поставить под угрозу само существование России как единого, самобытного и суверенного государства.

Ясно, что с таким положением все, кому дорога Россия, мириться не могут.

Надеюсь, что представленные в настоящем издании материалы Всероссийского Форума по политике в области общественного здоровья "Алкоголь и здоровье" будут полезны и интересны не только специалистам, работающим в узких областях медицины, экономики, социологии, психологии и педагогики, но также и представителям смежных дисциплин, общественным деятелям и др. Кроме того, они помогут и в выработке единственно верной линии государственной политики, направленной на формирование здорового образа жизни граждан, предупреждение повсеместного пьянства и защиту от алкоголя подрастающего поколения. Только победив пьянство, мы можем рассчитывать на выход из тяжелого экономического кризиса и возрождение России.

С уважением,

Председатель Комитета
Государственной Думы по охране здоровья,
член-корреспондент РАМН *Н. Ф. Герасименко*

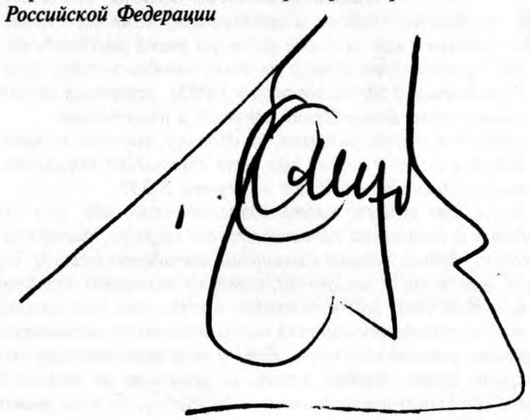
ПРЕДИСЛОВИЕ ПЕРВОГО ЗАМЕСТИТЕЛЯ МИНИСТРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, ЧЛЕНА-КОРРЕСПОНДЕНТА РАМН, ДОКТОРА МЕДИЦИНСКИХ НАУК, ПРОФЕССОРА Г. Г. ОНИЩЕНКО

Министерство здравоохранения Российской Федерации высоко оценивает деятельность Российской Ассоциации общественного здоровья в разработке различных, во многом проблемных, аспектов здравоохранения.

Проведенный Ассоциацией Форум "Алкоголь и здоровье" привлек большое количество ведущих ученых и специалистов России. Несомненная ценность Форума в том, что важнейшая проблема взаимоотношения алкоголя и здоровья населения рассмотрена с различных, мультидисциплинарных позиций; в работе Форума приняли участие врачи, психологи, социологи, экономисты, представители общественных организаций.

И хотя некоторые итоговые рекомендации Форума носят спорный характер, изданные Ассоциацией материалы содержат большую и многофакторную информацию, которая представляет большой интерес и окажется полезной для ученых, практиков, общественных и политических деятелей, определяющих и реализующих алкогольную политику на различных уровнях.

Первый заместитель Министра здравоохранения
Российской Федерации



Г. Г. Онищенко

ПРЕДИСЛОВИЕ АКАДЕМИКА РАМН, ПРЕЗИДЕНТА ВСЕРОССИЙСКОЙ НЕЗАВИСИМОЙ АССОЦИАЦИИ ПО СОЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЕ И ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ЗАВЕДУЮЩЕГО КАФЕДРОЙ СОЦИАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ И ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ИМЕНИ Н.И.ПИРОГОВА, ДОКТОРА МЕДИЦИНСКИХ НАУК, ПРОФЕССОРА Ю. П. ЛИСИЦЫНА

Алкоголь - главный фактор риска

Как социал-гигиенист, представитель социальной медицины, а именно школы Второго Московского медицинского института, я стоял у истоков антиалкогольной кампании 1984 - 1985 годов, принимал участие в подготовке соответствующих правительственных документов. К сожалению, уроки прошлого пока не только недостаточно обсуждаются, но и не приводят к необходимым практическим выводам.

Я убежден, что наши действия не должны сводиться только к улучшению технологии производства алкогольной продукции и совершенствованию законодательства. Медицина, здравоохранение, представители социальной медицины должны, как и прежде, сделать основной упор на организованную, достаточно гибкую и продуманную кампанию пропаганды и разъяснения опасности злоупотребления алкоголем как главного фактора риска расстройств здоровья. Ослаблению этого направления работы способствует и пока не очень четкая позиция международных организаций, в том числе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), нашедшая отражение, в частности, в дискуссии по вопросу о пищевой норме потребления алкоголя и алкоголизме.

Как же можно достаточно активно, по-боевому, выступать против алкоголя, если соответствующие позиции нечетки даже в кругах тех, кто специально занимается проблемой - среди наркологов, терапевтов, социал-гигиенистов и даже экспертов ВОЗ?

Действительно, нет худшего протоплазматического яда, чем алкоголь. С другой стороны, наше общество находится в состоянии патологического стресса, дистресса по определению Г. Селье, и может быть, алкоголь, будучи хорошо известным антидепрессантом, все же лучше, чем другие психотропные вещества, в том числе лекарства, которые помогают ослаблять дистресс. Есть и высказывания кардиологов, в том числе отечественных, о том, что так называемая пищевая, хотя и никем не лимитированная и не стандартизованная норма действует антиатерогенно, а ведь сегодня атеросклероз - главная причина смерти населения. Есть и соответствующие экспериментальные данные. Тем не менее, если ставить вопрос честно, прямо, со ссылками не только на эксперименты, не только на психологические и социально-психологические дискуссии, но и на практику, в наших условиях алкоголь до сих пор остается фактором риска номер один. Этот тезис пока не нашел адекватной поддержки ни в мире, ни в нашей стране, хотя он был в полной мере обоснован. Это было сделано, в частности, в нашей монографии "Социально-медицинские аспекты алкоголизма", подготовленной совместно с профессором П. И. Сидоровым. Так, до сих пор ни разу не проводились Всемирные дни здоровья под лозунгом преодоления алкоголизма, хотя подобные мероприятия неоднократно осуществлены в отношении курения как главного фактора риска.

Пока мы утратили эту боевую настороженность, необходимость бороться всеми способами, в том числе и печатным, и устным словом.

Я призываю наши общественные организации, в том числе Российскую Ассоциацию общественного здоровья, проявить большую боевитость, более тесно сотрудничать с другими организациями. В нашей стране существует сорок пять медицинских ассоциаций, из них половина имеет отношение так или иначе прямое, профессиональное, или какое-то косвенное, организационное, к этой проблеме.

Необходим общий и, если угодно, пропагандистский подход к проблеме с помощью согласованных действий наших общественных организаций, причем подход умный, дифференцированный и по возрастам, и по профессиональным и социальным группам. Пятьдесят пять, а сегодня, по данным наших

американских коллег, до шестидесяти процентов всех факторов, обусловливающих общественное здоровье, прежде всего хроническую патологию, в том числе алкогольную зависимость, определяются нездоровым, алкогольным, как раньше говорили, образом жизни, причем половина этих факторов - низкая медицинская активность. Эти оценки являются очень хорошим аргументом в нашей пропагандистской, общественной, может быть, санитарно-гигиенической деятельности.

При этом надо учитывать, что по многим данным, в России сейчас насчитывается более десяти миллионов лиц с алкоголизмом, с алкогольными психозами, с некоторыми психическими нарушениями, и с каждым годом на десять - двенадцать процентов эти цифры увеличиваются.

С удовлетворением отмечаю, что в подготовленном под руководством А. К. Демина объемном издании содержится сконцентрированный материал по различным аспектам проблемы, предложен ряд актуальных рекомендаций, комплексно отражающий существующие точки зрения на эту проблему. Хочу поблагодарить Российскую Ассоциацию общественного здоровья и всех коллег, проведших значительную работу по всестороннему рассмотрению проблемы "Алкоголь и здоровье" в нашей стране на независимой, в максимальной степени объективной основе.

Уверен, что это издание на многие годы станет одним из важных источников идей и информации для политиков, специалистов разных отраслей, студентов, общественных организаций, сотрудников средств массовой информации и всех интересующихся этой проблемой граждан России, вызовет интерес за рубежом.

Академик Российской Академии медицинских наук,
Президент Всероссийской независимой ассоциации по социальной медицине и организации здравоохранения, заведующий кафедрой социальной гигиены и организации здравоохранения Российского государственного медицинского университета имени Н.И.Пирогова,
доктор медицинских наук, профессор

Ю. П. Лисицын

2 МАТЕРИАЛЫ ВСЕРОССИЙСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ "АЛКОГОЛЬ И ЗДОРОВЬЕ"

г. Москва, 17 декабря 1996 г.

2.1 ПРОГРАММА

ФОРУМ И КОНФЕРЕНЦИЯ ПРИЗВАНЫ:

1. Выработать всеобъемлющие рекомендации, направленные на решение проблем общественного здоровья, связанных с потреблением алкоголя на основе независимого взвешенного анализа, результаты которого будут доступны всем заинтересованным сторонам;

2. Способствовать созданию коалиций, направленных в первую очередь на использование профессиональных рекомендаций Форума на местном уровне;

3. Способствовать осознанию правительственными и неправительственными организациями, населением в целом последствий потребления алкоголя для здоровья, а также возможностей предотвращения или смягчения этих последствий.

СТРУКТУРА И РАСПИСАНИЕ КОНФЕРЕНЦИИ

I. 9.45—10.00 Регистрация участников

II. 10.00—10.25 Открытие конференции, приветствия

III. Сообщения по направлениям (темам) Форума:

1. Тенденции потребления алкоголя и обусловленные алкоголем потери здоровья и жизни в России в 1946—1996 гг.
   Немцов А.В., доктор медицинских наук, руководитель отдела информатики и системных исследований НИИ психиатрии ГНЦ психиатрии и наркологии Минздрава России.
2. Социальные факторы потребления алкогольных напитков.
   Левин Б.М., доктор экономических наук, главный научный сотрудник, заведующий сектором Института социологии РАН.
3. Качество и безопасность алкогольных напитков в России.
   Нужный В.П., доктор медицинских наук, руководитель лаборатории токсикологии НИИ наркологии ГНЦ психиатрии и наркологии Минздрава России.
4. О влиянии законодательства на потребление алкоголя в России, позиция Российского парламента, политических партий, имеющиеся рекомендации по выработке и реализации мер, влияющих на потребление алкоголя.
   Ребриков В.А., консультант Комитета по экономической политике Государственной Думы Федерального Собрания.
5. Государственная статистика в области оборота и последствий потребления алкогольной продукции как основа формирования государственной алкогольной политики и законодательства.
   Пелипас В.Е., кандидат медицинских наук, руководитель отдела социальных и правовых проблем НИИ наркологии ГНЦ психиатрии и наркологии Минздрава России.
6. Проблемы диагностики и медицинской помощи при расстройствах здоровья, связанных с потреблением алкоголя.
   Моисеев В.С., доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой внутренних болезней фармакотерапии РУДН; Успенский А.Е., доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник НИИ наркологии ГНЦ психиатрии и наркологии Минздрава России.
7. Санитарное просвещение в области потребления алкоголя, деятельность учебных заведений и средств массовой информации.

   Ткаченко Г.Б., кандидат медицинских наук, главный специалист отдела профилактики неинфекционных заболеваний Управления профилактической медицины и статистики Минздрава России.
8. Алкоголь — обусловленная преступность и административные меры, предпринимаемые государством в России.
   Заиграев Г.Г., доктор социологических наук, главный научный сотрудник ВНИИ МВД России.
9. Последствия потребления алкоголя для женщин, подростков, детей и семьи.
   Кошкина Е.А., кандидат медицинских наук, руководитель отдела ГНЦ психиатрии и наркологии Минздрава России.
10. Опыт неправительственных объединений по решению проблем, связанных с потреблением алкоголя.
    Зыков О.В., кандидат медицинских наук, доцент, президент Российского благотворительного фонда "Нет алкоголизму и наркомании", эксперт Государственной Думы Федерального Собрания.
11. Опыт административных территорий России в решении проблем, связанных с потреблением алкоголя.
    Представители административных территорий.
12. Научные исследования по вопросам, связанным с потреблением алкоголя.
    Борисова Е.В., кандидат биологических наук, ученый секретарь ГНЦ психиатрии и наркологии Минздрава России.

IV. Обсуждение материалов и рекомендаций Совещаний.

V. 16.30—16.45 Закрытие Конференции.

Продолжительность выступлений на Конференции — до 10 минут. Обеспечивается аудиозапись выступлений на Конференции для последующего использования в работе Форума.

Перерывы: 11.20—11.40 / 13.15—14.00 / 15.20—15.40.

Форум и конференция организованы при финансовой поддержке российских и зарубежных благотворительных организаций, а также Агентства по международному развитию США, Канадской Ассоциации общественного здоровья (Оттава, Онтарио) и Канадского Фонда Сотрудничества.

2.2 СПИСОК УЧАСТНИКОВ

№	Участник	Организация	Должность
1.	Антонов-Романовский Георгий Всеволодович	НИИ прокуратуры	старший научный сотрудник
2.	Арзыбов Вадим Витальевич	ООО "Фармация"	генеральный директор
3.	Баллантайн Джанет (Janet Ballentyne)	Агентство по международному развитию США	директор миссии
4.	Батаев Геннадий	газета "Торонто Стар"	корреспондент
5.	Баринова Марина Максимовна	ИТАР – ТАСС	корреспондент
6.	Бобылев Владимир Владимирович	телекомпания 2х2	корреспондент
7.	Борисова Елена Викторовна	НИИ наркологии	ученый секретарь
8.	Борисова Ольга Вячеславовна	Посольство США	консультант
9.	Валентик Юрий Владимирович	Медицинская академия последипломного образования	заведующий кафедрой психотерапии
10.	Владимирцев Вячеслав Анатольевич	Российское земское движение	советник по здравоохранению
11.	Возиянова Наталья Васильевна	Агентство по международному развитию США	специалист

12.	Войнова Екатерина Алексеевна	Московская медицинская академия, кафедра гастроэнтерологии	ассистент
13.	Вышинский Константин Витальевич	НИИ наркологии	научный сотрудник
14.	Галкин Валентин Алексеевич	НИИ наркологии	начальник отдела
15.	Гурвич Елена Борисовна	Агентство по международному развитию США	специалист
16.	Демин Андрей Константинович	Российская Ассоциация общественного здоровья	президент
17.	Демина Ирина Анатольевна	Российская Ассоциация общественного здоровья	вице-президент
18.	Дружинина Екатерина Николаевна	Агентство по международному развитию США	специалист
19.	Егоров Владимир Федорович	НИИ наркологии	директор, д.м.н., профессор
20.	Житникова Тамара Львовна	Проект лечения алкоголизма "Ла - Кросс - Россия"	клинический координатор
21.	Забирова Ильмира Ганеевна	НИИ наркологии	старший научный сотрудник
22.	Заиграев Григорий Григорьевич	НИИ МВД	старший научный сотрудник
23.	Зиньковский Александр Константинович	Тверская медицинская академия	заведующий кафедрой
24.	Зыков Олег Владимирович	благотворительный фонд "НАН"	президент
25.	Калманов Георгий Батрович	НИИ МВД	старший научный сотрудник
26.	Капитонов Николай Иванович	Московская медицинская академия	доцент
27.	Каргина Татьяна Семеновна	Госстандарт РФ	заместитель начальника отдела
28.	Карлсен Нора Генриховна	НПО "Медсоцэкономинформ"	старший научный сотрудник
29.	Кирпич Ирина Андреевна	Архангельская медицинская академия	заведующая научно-организационным отделом
30.	Колл Элизабет	CECHE	координатор
31.	Константинов Владимир Васильевич	ГНИЦ профилактической медицины Минздрава России	руководитель отдела
32.	Коростылева Валерия Викторовна	журнал "Здоровье"	корреспондент
33.	Корчагина Галина Александровна	Академия последипломного образования (Санкт-Петербург)	ассистент кафедры наркологии
34.	Космарская Татьяна Павловна	шведско-российская группа "Здоровье и общество"	координатор
35.	Кошкина Евгения Анатольевна	НИИ наркологии	руководитель отдела, к.м.н.
36.	Краснов Валерий Николаевич	МНИИ психиатрии	директор, д.м.н., профессор
37.	Кречетов Виталий Алексеевич	ОО "Оптималист"	методист
38.	Кулапина Тамара Николаевна	НИИ географии	старший научный сотрудник
39.	Кулик Семен Арнольдович	ИПК МВД России	доцент

40.	Кучер Елена Станиславовна	"Эзоп"	ресурс-менеджер
41.	Лавренова Валентина Григорьевна	Департамент здравоохранения г.Москвы	руководитель отдела
42.	Ланцман Михаил Александрович	газета "Сегодня"	корреспондент
43.	Левин Борис Михайлович	НИИ социологии	руководитель сектора, д. соц.н.
44.	Ливин Юрий Александрович	ООО "Оптималист"	председатель
45.	Машура Мариетта	Журнал "Аптека"	корреспондент
46.	Мещеряков Александр Федорович	НИИ нормальной физиологии	старший научный сотрудник
47.	Мирошниченко Лев Дионисиевич	НИИ наркологии	старший научный сотрудник
48.	Михалева Людмила Дмитриевна	Управление здравоохранения Приморского края	главный нарколог
49.	Мокрецов Александр Владимирович	НИИ МВД	старший научный сотрудник
50.	Муррей Маргарет (Margaret Murray)	Институт по злоупотреблению алкоголем и алкоголизму, Национальные институты здоровья США	сотрудник
51.	Немцов Александр Викентьевич	ГНЦ психиатрии	руководитель отдела
52.	Новикова Евгения Витальевна	радиостанция "Эхо Москвы"	корреспондент
53.	Норид Премилла (Premilla Norid)	Посольство США	консультант
54.	Нужный Владимир Павлович	НИИ наркологии	руководитель лаборатории
55.	Огурцов Павел Петрович	Российский Университет дружбы народов	доцент, к.м.н.
56.	Пауков Вячеслав Семенович	Московская медицинская академия	заведующий кафедрой патологической анатомии
57.	Пелипас Вадим Ефимович	НИИ наркологии	руководитель отдела
58.	Петров В.П.	DFA - телевидение Германии	съемочная группа
59.	Петросян Лариса	Агентство по международному развитию США	специалист
60.	Петрухина Ольга Владимировна	"Салюс"	директор
61.	Пискунов Александр Николаевич	Центр проблем здоровья при Правительстве г. Москвы	старший научный сотрудник
62.	Порман Елена Евгеньевна	"Эзоп"	доброволец
63.	Полятыкин Сергей Анатольевич	благотворительный фонд "НАН"	руководитель медицинских программ
64.	Пыренков Петр Борисович	Минэкономики России	заместитель начальника департамента

65.	Ребриков Владимир Андреевич	Государственная Дума Федерального Собрания Российской Федерации, Комитет по экономической политике	консультант
66.	Рикерман Элизабет (Elisabeth Rickerman)	Посольство США	специалист
67.	Рыбников Александр Сергеевич	Международный фонд милосердия и здоровья	начальник отдела
68.	Сафонов Игорь Андреевич	Государственная Дума Федерального Собрания Российской Федерации, Комитет по безопасности	консультант
69.	Сирбиладзе Тамара	Агентство по международному развитию США	специалист
70.	Соловьев Андрей Горгоньевич	Северный научный центр РАМН	Заместитель директора, д.м.н., профессор
71.	Столярова Елена Ивановна	НИИ пивоваренной, безалкогольной и винодельческой промышленности	руководитель лаборатории
72.	Тевелев Юрий Семенович	ГУВД г. Москвы	заместитель начальника отдела
73.	Тиффани Терренс (Terrence Tiffany)	Агентство по международному развитию США	руководитель бюро по окружающей среде и здоровью
74.	Ткаченко Галина Борисовна	Управление профилактической медицины Минздрава России	главный специалист
75.	Успенский Аркадий Евгеньевич	НИИ наркологии	главный научный сотрудник
76.	Филатов В.А.	DFA - телевидение Германии	съемочная группа
77.	Форин Стефания	Агентство по международному развитию США	директор офиса
78.	Хингсон Ральф (Ralph Hingson)	Школа общественного здоровья Бостонского университета	профессор
79.	Холдер Харольд (Harold Holder)	Тихоокеанский центр профилактики	профессор
80.	Холькин Юрий Юрьевич	"Салюс"	координатор
81.	Шапиро Джудит	Лондонский университет, медицинский факультет	научный сотрудник
82.	Шахпаромов Иван Михайлович	Государственная Дума Федерального Собрания Российской Федерации, Комитет по экологии	консультант
83.	Царькова Валентина Сергеевна	Государственная Дума Федерального Собрания Российской Федерации, Комитет по охране здоровья	консультант
84.	Шевердин Станислав Николаевич	Международная наркологическая ассоциация	член правления

2.3. СТЕНОГРАММА

Председательствующий: Президент Российской Ассоциации общественного здоровья А.К.Демин.

Председатель: Уважаемые коллеги, объявляю конференцию открытой. Слово для приветствия предоставляется Царьковой Валентине Ивановне, консультанту аппарата Комитета Государственной Думы Российской Федерации по охране здоровья.

В.И.Царькова: Уважаемые дамы и господа!

Разрешите зачитать письмо Председателя Комитета Государственной Думы Российской Федерации по охране здоровья от 16 декабря с.г. "Участникам Всероссийской конференции "Алкоголь и здоровье". Уважаемые дамы и господа! Участники Всероссийской конференции "Алкоголь и здоровье"! Комитет Государственной Думы по охране здоровья приветствует участников конференции "Алкоголь и здоровье". Реализация проекта Ассоциации "Всероссийский Форум по политике в области общественного здоровья "Алкоголь и здоровье" безусловно будет способствовать решению проблем сохранения здоровья населения Российской Федерации, укрепления семьи и защиты прав человека. Желаем Вам плодотворной работы и приглашаем к сотрудничеству по вопросам законодательства при решении проблем, связанных с алкоголем. С уважением, Председатель Комитета Николай Федорович Герасименко".

Председатель: Слово для приветствия предоставляется Шевченко Анатолию Вячеславовичу, главному наркологу Министерства здравоохранения Российской Федерации.

А.В.Шевченко: Разрешите зачитать письмо Заместителя Министра здравоохранения Российской Федерации от 16 декабря с.г.: "Министерство здравоохранения Российской Федерации приветствует участников Всероссийской конференции "Алкоголь и здоровье". Разделяя озабоченность негативными социальными и демографическими последствиями алкогольной экспансии против населения России, погоней за финансовыми выгодами в ущерб здоровью граждан и безопасности государства со стороны коммерческих структур, Министерство поддерживает инициативу государственных и неправительственных организаций по профилактике незаконного оборота алкоголя, злоупотребления им, сохранения здоровья населения. В сложившихся условиях считает необходимым противодействовать рекламе спиртных напитков в средствах массовой информации, появлению на рынке низкосортных вин и некачественных других спиртных напитков, дальнейшему росту объемов реализуемой алкогольной продукции. Призываем все организации направить усилия на воспитание детей и молодежи в духе здорового образа жизни, противодействовать использованию неразрешенных методов и средств при лечении больных, прежде всего лицами не имеющими медицинского специального образования. Разработать и начать внедрение программ по реабилитации больных тяжелыми формами алкогольной зависимости. Желаем участникам конференции плодотворной работы и успехов в реализации ее решений. Заместитель Министра Анатолий Николаевич Деменков".

Председатель: Слово для приветствия предоставляется представителю Агентства по международному развитию США, господину Терренсу Тиффани, который возглавляет Бюро по окружающей среде и здоровью Агентства в Москве.

Т.Тиффани: Уважаемые представители Государственной Думы, министерств и ведомств, а также общественных организаций России! Разрешите приветствовать участников конференции от имени Агентства по международному развитию Соединенных Штатов и моих коллег из Национального Института здоровья, который занимается проблемами алкоголизма и злоупотребления другими веществами. И в России, и в Соединенных Штатах существует огромная острая озабоченность по поводу злоупотребления алкоголем в наших странах. Как вам известно, эта проблема оказывает разрушительное воздействие на здоровье населения наших стран. Поэтому я приветствую и поздравляю доктора Демина и его коллег, которым удалось созвать этот общественный Форум по обсуждению проблем алкоголя и здоровья. Это говорит о том, что в России имеются достаточно серьезные общественные силы, которые решили всерьез обратиться к этой проблеме и разработать рекомендации по борьбе с этим явлением. Наш опыт работы в этой области в Соединенных Штатах говорит о том, что для успешного решения этой проблемы необхо-

ленными на изменение алкогольной политики. Можно ли изменить ее в современных условиях?

Первый докладчик, профессор Немцов попытался убедить нас в том, какая же может быть алкогольная политика без проведения научных исследований. Хочу другой вопрос задать: разве наука не накопила достаточно научных данных, знаний для того, чтобы более правильно строить нынешнюю алкогольную политику? Зависит это от ориентации самого Правительства, от отношения его к данной проблеме, и только. Конечно, наш Форум даст солидную дополнительную информационную базу для выработки такой алкогольной политики, если мы все наши итоговые документы, рекомендации представим в государственные органы. Тем более, что сейчас стало известно, что Государственная Дума запланировала разработку федерального закона "Об основах алкогольной политики". Я думаю, что как раз все это будет в унисон. Так вот, есть ли возможность разработать в современных условиях более разумную, эффективную политику? Я думаю, что есть, и это подтверждается следующим.

Первое. Можем ли мы обеспечить сейчас позитивные сдвиги в нынешней алкогольной ситуации без привлечения к этой работе различных государственных органов, а не только органов здравоохранения и органов внутренних дел, как это сейчас делается? В соответствии с той сложной и многогранной совокупностью причин, которые обусловливают это явление в нашем обществе, естественно, что в этом должны участвовать различные государственные органы и социальные институты, и органы образования, и органы культуры, органы, связанные с воспитанием молодежи, органы, связанные с просвещением, трудовые коллективы, общественные объединения и так далее, я не буду их перечислять. Имеем ли мы сейчас эту систему? Она распалась во многом благодаря тому, что наше правительство проводит политику, которая не направлена на создание четкой системы противодействия пьянству и его негативным последствиям. Это первое.

Второе. Я сразу оговорюсь, что, когда говорю об алкогольной политике, я сознательно не затрагиваю вопрос об алкогольной политике в сфере производства и реализации спиртных напитков, потому что здесь уже много об этом сказано. Сознательно не хочу, хотя принятый в ноябре 1995 года закон о государственном регулировании производства и оборота этилового спирта и винно-водочной продукции, до сих пор не работает. Государственной монополии на алкогольную продукцию нет, а та федеральная служба по обеспечению такой монополии, которая создана при Правительстве, пока еще не развернула как следует свое воздействие на алкогольную ситуацию и последняя остается весьма напряженной. Я специально пока подробно не останавливаюсь на этом вопросе.

Так вот, говоря о системе противодействия пьянству в нашем обществе, хочу особо отметить то, что эта система должна быть дополнена системой социального контроля, защитным механизмом, которые могли бы обеспечить определенную защиту и общества и различных слоев населения от пагубного влияния алкоголизации. Так вот этот социальный контроль, система защиты, к большому сожалению тоже практически разрушены. Я не буду приводить конкретные данные, но, скажем, по линии органов внутренних дел, которые я представляю, значительно ослаблена та организационная структура, которая призвана осуществлять деятельность по исполнению антиалкогольного законодательства. Те специальные органы, учреждения, которые работали с алкоголиками с устойчивым противоправным поведением, т.е. деградировавшими алкоголиками, эта система упразднена. Специальные органы, занимающиеся подбором пьяных в общественных местах с целью уменьшить количество преступлений, совершаемых либо в отношении их, либо с их стороны и т.д., значительно сокращены. Существовавшие при медицинских вытрезвителях кабинеты профилактики, обеспечивавшие связь наших органов с трудовыми коллективами, общественностью по месту жительства также упразднены. И так далее. Я бы мог еще перечислить целый ряд негативных моментов, которые значительно ослабляют действие органов внутренних дел в этой сфере.

С другой стороны, социальный контроль это не только существование специальной организационной системы. Это и такой вид контроля, как формирование общественного мнения, которое вырабатывало бы негативное, осуждающее отношение к проявлениям пьянства среди сознательной части населения. В каком положении находится данный вид социального контроля? К сожалению, общественное мнение, сформированное в 90-е годы, равнодушно к проблемам пьянства и алкоголизма, оно не обеспечивает общественной поддержки тем усилиям, которые у нас еще предпринимаются в отношении пресечения пьянства и профилактики алкоголизма и т. д. Общественное мнение дефор-

мировано, дезорганизовано, средства массовой информации, призванные формировать общественное мнение, по существу, уклоняются от этой работы. Анализ содержания большинства газет убеждает: их страницы наполнены в основном освещением тех безобразий, хаоса, дезорганизации, которыми характеризуется нынешняя сфера производства и реализации спиртных напитков. Но производство и реализация — это только часть общей проблемы, мы не можем оставлять в стороне другие, более важные аспекты проблемы, определяющие нынешнее состояние пьянства в стране. Взять проблему антиалкогольного воспитания подрастающего поколения. Из учебных программ общеобразовательных школ постепенно исчезли те темы, которые ранее в какой-то мере помогали просвещать молодежь, воспитывать хоть какое-то ответственное отношение у подрастающего поколения к употреблению алкоголя. Это второй момент.

Третий. Мы не можем осуществлять эффективную политику в отношении деалкоголизации населения, если не будет обеспечена минимальная организационная структура. Во всех странах в той или иной степени существуют эти структуры. Есть ли они у нас? С упразднением комиссий по борьбе с пьянством, которые существовали при органах исполнительной власти, ликвидированы субъекты управления, которые в определенной степени координировали и направляли анти-алкогольные усилия различных государственных органов и организаций, социальных институтов. И наше совещание выходит с предложением создать такую организационную структуру, скажем в виде межведомственной комиссии при исполнительных органах власти и обязательно со штатным обеспечением.

Далее. Можем ли мы обеспечить эффективность всей антиалкогольной работы, если все хорошо постоянно ощущаем, что все практические мероприятия в т.ч. и меры по антиалкогольному просвещению подростков, фактически не обеспечиваются необходимым финансированием? Сейчас это камень преткновения во всей антиалкогольной работе. На всех уровнях финансовые органы категорически противятся этому. Поэтому назревшей общественной потребностью считаем безотлагательное решение вопроса материально-финансового обеспечения работы по реализации программ практических действий по уменьшению спроса населения на алкоголь и ослаблению напряженности алкогольной обстановки.

И последнее. Мы не можем обеспечить эффективную алкогольную политику, если не будет создана прочная информационная основа. И те предложения, которые предлагал в своем докладе В.Е.Пелипас, его предложения по совершенствованию сбора статистической информации, мы дополняем предложениями по организации социальных исследований, чтобы получить необходимую социологическую информацию о состоянии проблемы, по проведению экономических исследований для получения более полной и конкретной информации об экономическом аспекте проблемы. Без всего этого трудно обеспечивать разумную и эффективную политику в области алкоголя.

В заключение хочу сказать, что Российская Ассоциация общественного здоровья и Фонд "Здоровье и окружающая среда" сделали очень большое и крайне важное дело, организовав подготовку данного Форума и, кстати, хочется отметить высокую культуру подготовки, что вылилось в выпуске тех материалов, которые получили участники. Но еще более важным, полезным для изучения проблемы пьянства и алкоголизма будет, если мы эти материалы сумеем объединить в научно и хорошо оформленную книгу, что позволит всеми этими материалами вооружить не только государственные органы, но и широкую научную общественность страны. Спасибо за внимание.

Председатель: Слово предоставляется Евгении Анатольевне Кошкиной, кандидату медицинских наук, руководителю отделения эпидемиологии НИИ наркологии ГНЦ психиатрии и наркологии Минздрава России. Тема называется "Последствия потребления алкоголя для женщин, подростков, детей и семьи". Мы намеренно выделили тему в самостоятельное IX направление Форума и конференции.

Е.А.Кошкина: Данная тема — комплексная проблема. В основе ее также лежит проблема потребления алкоголя, о которой здесь уже говорили. Известно, что об уровне потребления алкоголя населением можно судить по целому ряду косвенных показателей. Ведущими из них являются показатели заболеваемости и болезненности алкоголизмом. Несмотря на то, что ряд исследователей высказывает сомнения по поводу достоверности вышеназванных показателей, мы считаем, что в настоящее время — это одни из наиболее значимых показателей, характеризующих социальные последствия злоупотребления ал-

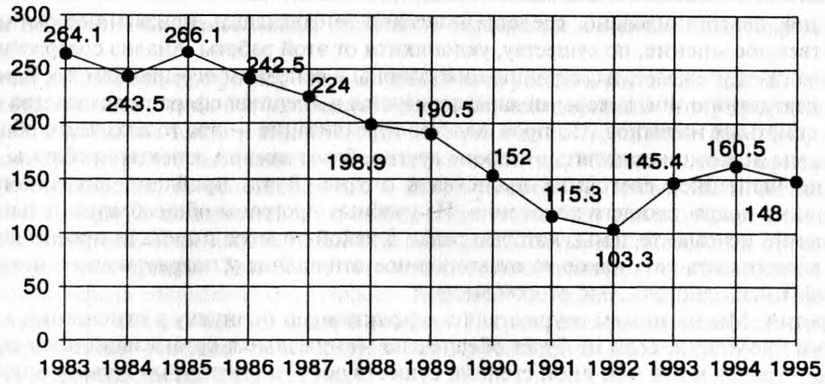


Рис. 2.3.IX-1. Число больных алкоголизмом с впервые в жизни установленным диагнозом в России (на 100 тыс. населения)

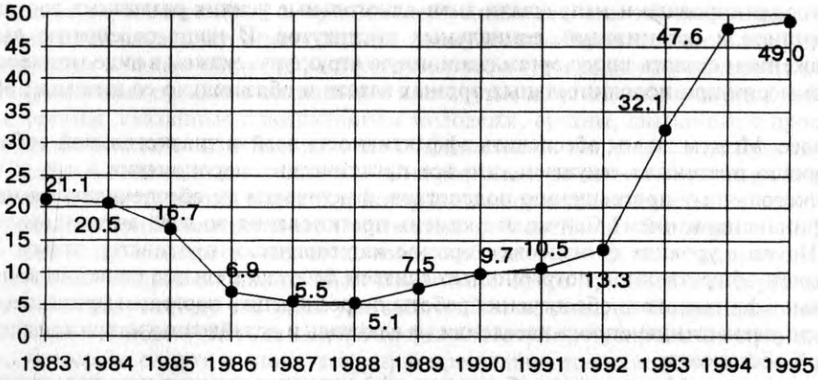


Рис. 2.3.IX-2. Число больных алкогольным психозом с впервые в жизни установленным диагнозом в России (на 100 тыс. населения)

коголем. Хотя известно, что в настоящее время масса людей обращается в коммерческие лечебные структуры за помощью, а статистики по данным показателям здравоохранение не имеет. Тем не менее и в наркологическую службу обращаются больные, в том числе женщины и подростки. Что же происходит в настоящее время в России с этими показателями?

Наиболее значимым для оценки злоупотребления алкоголем является показатель впервые обратившихся за помощью. Анализ динамики показателя свидетельствует о том, что число больных алкоголизмом с впервые в жизни установленным диагнозом максимальным было в 1985 г., в год выхода известного Постановления, когда больных активно выявляли, направляли в лечебные учреждения все, кто только мог: врачи общей лечебной сети, наркологи, милиция, предприятия, семья. В дальнейшем отмечается снижение данного показателя, начиная с 1986 г. Минимальным он был в 1992 году и составил 103 на 100 000 населения. Далее рост этого показателя продолжается. Несмотря на то, что в стране появилось значительное количество частных лечебниц и специалистов, оказывающих помощь больным на дому, они все-таки обращались за помощью в госучреждения и показатель увеличился. (Рис.2.3.IX-1)

Наиболее достоверным показателем, характеризующим проблемы, связанные с употреблением алкоголя, является заболеваемость алкогольными психозами. Совершенно четко прослеживается тенденция значительного роста данного показателя. На графике видно, что в 1995 году показатель алкогольных психозов превышает исходный уровень 1983-84 годов, в два с половиной раза. Это свидетельствует о том, что проблема потребления алкоголя населением не стабилизировалась, а ухудшилась. (Рис.2.3.IX-2)

Следует отметить, что в структуре всех больных алкоголизмом удельный вес женщин увеличился, и в настоящее время составляет 13,6 %, что на 2-3 % больше, чем в предыдущие годы. При сопоставлении соотношения мужчин и женщин в динамике, становится очевид-

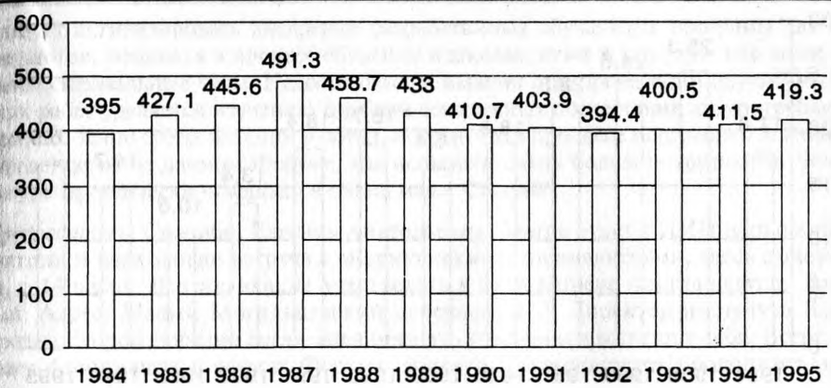


Рис. 2.3.IX-3. Число больных алкоголизмом женщин, состоящих на учете на конец года, в России (на 100 тыс. женщин)

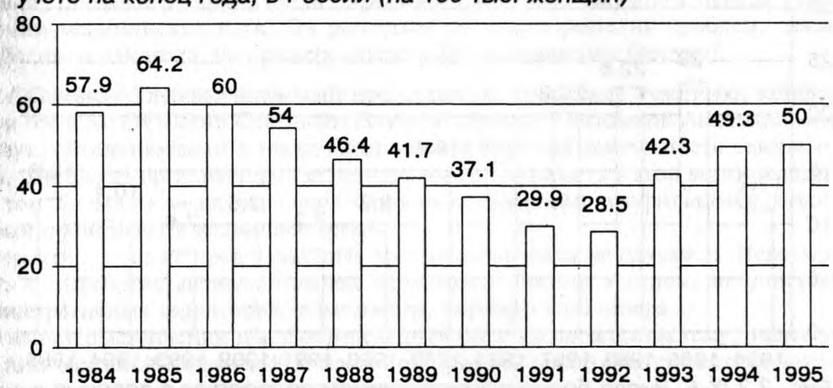


Рис. 2.3.IX-4. Число больных алкоголизмом женщин с впервые в жизни установленным диагнозом в России (на 100 тыс. женщин)

ным, что если в начале 80-х годов оно было 1:10 между числом больных алкоголизмом мужчин и женщин, то в 1995 г. составило 1:6, что свидетельствует о значительном росте распространенности алкоголизма среди женщин. Максимальный уровень болезненности алкоголизмом среди женщин был выявлен в 1987 г. и составил 491 случаев на 100.000 женщин, минимальный показатель был в 1992 году, в последние годы отмечается его рост. Среди впервые обратившихся за помощью женщин выявляются те же тенденции (Рис. 2.3.IX-3 и 2.3.IX-4).

Выявлено снижение показателя к 1992 году, когда он был минимальным, и вновь отмечается его рост в последние три года.

Такие же тенденции, менее выраженные, выявляются среди подростков. Известно, что подростковый возраст — это довольно короткий период и часто при злоупотреблении алкогольными напитками не успевает сформироваться алкогольная зависимость. И конечно, общее число таких больных, обратившихся за помощью, не столь велико. Практически в России немногим более 1000 подростков состоит на учете, но зато в статистике имеется такой показатель, как лица, находящиеся на профилактическом учете, когда диагноз еще этим лицам не установлен, но они обратились за помощью в наркологический диспансер. Таких подростков в России 54 тысячи.

Что же происходит с теми, кто болен? Впервые в 1994 году было отмечено 78 случаев алкогольного психоза среди подростков. В 1995 таких подростков, с алкогольным психозом, уже было 80. Еще очень тревожная цифра. В 1993 г. в статистическую отчетность была введена группа детей до 14 лет. Таких лиц в России, которые обратились за помощью до 14 лет, но диагноз у них еще не установлен — 4,5 тысячи. Это свидетельствует о том, что алкогольная ситуация среди детей и подростков сверхтревожная.

Число больных подростков, состоящих на учете, также имело некоторую тенденцию к снижению с 1985 по 1993 г., а затем отмечен рост числа лиц, состоящих на учете. То же самое происходит и среди подростков, впервые обратившихся. Данный показатель увели-

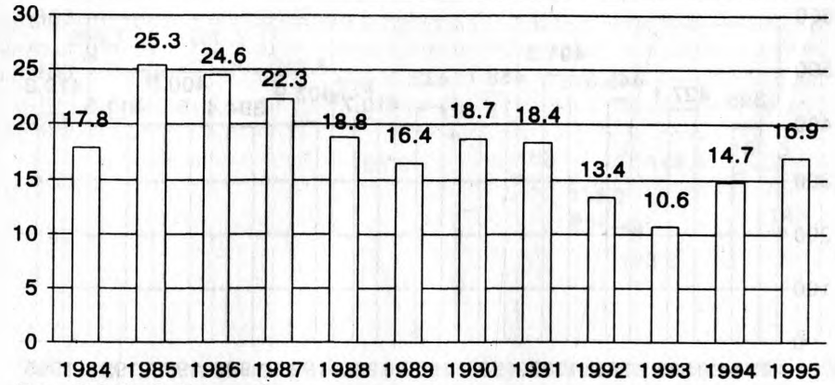


Рис. 2.3.IX-5. Число больных алкоголизмом подростков, состоящих на учете на конец года, в России (на 100 тыс. нас. п.)

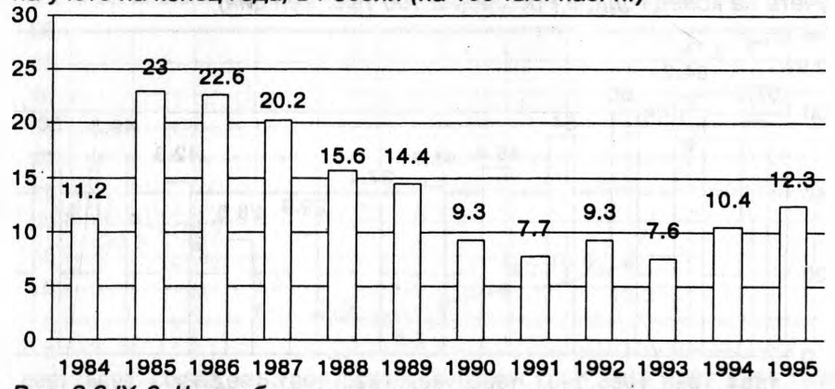


Рис. 2.3.IX-6. Число больных алкоголизмом подростков с впервые в жизни установленным диагнозом в России (на 100 тыс. нас. п.)

чился с 7,6 до 12,3 за последние три года. Эти цифры свидетельствуют о росте обращаемости за помощью в наркологическую службу. Притом, что идет разрушение наркологической службы, уменьшается количество наркологических учреждений, а показатели увеличиваются. (Рис. 2.3.IX-5 и 2.3.IX-6).

Помимо показателей статистической отчетности имеются данные социологических опросов. Мониторинг проводился среди подростков разными исследователями на различных территориях.

Так, по данным НИИ наркологии в Москве увеличился удельный вес подростков, употребляющих алкоголь, среди всех обследованных. Если в 1987 году 62% учащихся школ и ПТУ употребляли алкоголь, то в 1993 году их уже стало 89%. В 1995 году эта доля увеличилась еще на 2-3% среди мальчиков и девочек. Помимо того, что растет общее число употребляющих алкоголь подростков, увеличивается частотно-количественный показатель, то есть пьют больше и чаще. И в структуре потребляемых напитков большую долю составляют крепкие алкогольные напитки. Все это свидетельствует о том, что ситуация очень тревожная.

Выводы и рекомендации нашего совещания: Все эти проблемы имеют массу социальных последствий, целый социальный шлейф. И для того, чтобы решать их, необходимо оказывать социальную помощь семье, женщинам, подросткам и вообще населению. Целесообразно создавать различные центры социальной помощи и защиты, но законодательной базы для создания этих центров не имеется. Первая наша рекомендация состоит в том, что необходимо создать законодательную базу для функционирования органов и организаций, как государственных, так и общественных, тех, которые будут заниматься оказанием помощи лицам, страдающим от проблем, связанных со злоупотреблением алкоголем.

Необходимо усилить работу с населением по осознанию проблем, связанным с употреблением алкоголя и алкоголизмом.

Следует активизировать внедрение разработанных обучающих программ для родителей, педагогов, учащихся в процесс обучения в школах, вузах и т. д., для чего должны быть выделены специальные часы. Недостаточно внимания при проведении научно-исследовательских работ уделяется изучению проблем социальных последствий злоупотребления алкоголем, особенно среди женщин и детей, потому что в процессе подготовки доклада, который представлен на данном Форуме, мы испытали очень большие трудности. Эта тема в литературе практически освещается очень мало. Спасибо.

Председатель: Спасибо, Евгения Анатольевна. Завтра будет в НИИ наркологии ГНЦ психиатрии и наркологии встреча с американскими специалистами, здесь присутствующими, с 14 часов. Все желающие участвовать в этой встрече приглашаются. Вход свободный. Адрес: Малый Могильцевский переулок, д. 3. Директор института Владимир Федорович Егоров любезно согласился принять участников встречи у себя. Встречу обеспечивает Ассоциация в рамках Форума. Встреча предполагается продолжительностью 1,5 часа.

Объявляю выступление представителя Архангельской области. Соловьев Андрей Горгоньевич, профессор, заместитель директора Северного Научного центра Российской Академии медицинских наук. Он расскажет об опыте решения проблем, связанных с потреблением алкоголя, на примере области (XI направление Форума).

А.Г.Соловьев: Глубокоуважаемый председатель, уважаемые участники конференции, дамы и господа! От имени Северного Научного центра Российской Академии медицинских наук, объединяющего в сфере медицинской научной деятельности северные территории, благодарю организаторов за приглашение участвовать в этой конференции, а также в том большом международном Форуме по вопросам профилактики алкоголизма, который проводится в настоящее время.

Вероятно, участие представителей Архангельска здесь не случайно. Невозможно говорить о выработке антиалкогольной политики в России в целом, не учитывая опыт административных территорий, в частности, Европейского севера.

В нашем выступлении мы, в определенной степени продолжим тему, поднятую Евгенией Анатольевной Кошкиной, и продемонстрируем некоторые статистические выкладки, характеризующие алкогольную ситуацию на Севере.

Начиная с 1987 года, в Архангельской области отмечается тенденция снижения численности больных алкоголизмом, состоящих на учете. Однако данный показатель, вероятно, не отражает действительного положения дел, а скорее является следствием репрессивного отношения к наркологическим больным со стороны государственных структур и отражает нарастающее сопротивление больных по отношению к наркологической службе, их желание всячески уклоняться от лечения.

Более объективным индикатором остроты эпидемиологической ситуации в регионе является частота алкогольных психозов. В области в большей степени, чем по России, отмечается рост показателей алкогольных психозов за последние годы. В частности, с 1988 года он увеличился к настоящему времени практически в 14 раз. А доля психозов в общей структуре заболеваемости алкоголизмом составила 37%.

Несомненно, особенности "северного" потребления спиртных напитков и его интенсификация внесли свою лепту в повышение уровня заболеваемости и смертности населения на Севере. В динамике общей и первичной заболеваемости взрослого населения за пять последних лет прослеживается выраженная тенденция роста заболеваний органов кровообращения и пищеварения, болезнями, где наркологическому контингенту также отводится не последняя роль.

Начиная с 1992 года, меняется общая структура причин смерти. До этого времени в нашем регионе на втором месте по причинам смерти после болезней сердечно-сосудистой системы стояли злокачественные заболевания, а группа, включающая несчастные случаи, травмы и отравления, была на третьем месте. Теперь же несчастные случаи, травмы, отравления уверенно вышли в Архангельской области на второе место, а если их рассматривать среди населения трудоспособного возраста, то на первое место. И это неудивительно, если учесть данные о половозрастном составе злоупотребляющих алкоголем, где отчетливо превалируют лица именно трудоспособного возраста.

К сожалению, именно на 90-е годы происходит постепенное разрушение наркологической службы в области. Свидетельств этому много: это и снижение коечного фонда, и отказ от развертывания наркологических отделений при промышленных предприятиях, и

3 МАТЕРИАЛЫ СОВЕЩАНИЙ ЭКСПЕРТОВ ПО ПОЛИТИКЕ В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ПО НАПРАВЛЕНИЯМ ФОРУМА

А.В. Немцов

3. I . ТЕНДЕНЦИИ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ И ОБУСЛОВЛЕННЫЕ АЛКОГОЛЕМ ПОТЕРИ ЗДОРОВЬЯ И ЖИЗНИ В РОССИИ В 1946—1996 гг.

3.I.1. ВВЕДЕНИЕ

Сейчас уже нельзя отрицать зависимость здоровья и смертности населения от уровня потребления алкоголя. Строго научно это было показано впервые 20 лет назад [8], и с тех пор неоднократно подтверждалось [7, 10, 12, 14]. Однако в послевоенную пору изменение потребления в мире происходило сравнительно медленно. Кроме того, действие алкоголя на смертность часто маскировалось другими причинами [10]. Все это требовало от исследователей специальных приемов и методов для выявления собственного действия алкоголя на смертность [7, 15]. Также непростой задачей является доказательство прямого действия алкоголя на состояние здоровья населения, однако и это было сделано многократно в отношении сердечно-сосудистых, желудочно-кишечных и других заболеваний.

Антиалкогольная кампания 1985 г. сделала алкогольную ситуацию в России крайне динамичной и тем самым выявила многие стороны популяционного действия спиртных напитков, в частности, влияние на демографические показатели. При этом связь смертности с потреблением выступила особенно отчетливо. Стоит ограничить анализ этой зависимости последним полустолетием, в котором можно выделить четыре этапа в потреблении алкоголя и соотнести их с показателями смертности или продолжительности жизни.

3.I.2. 1 ПЕРИОД : 1946 — 1979 гг.

Для этого периода главным показателем потребления могут служить данные Госкомстата РСФСР о "потреблении из государственных ресурсов", соответствующие потреблению спиртных напитков, поступающих к населению главным образом через госторговлю. Естественно, что эти данные не учитывали т.н. *нерегистрируемый алкоголь*, основную часть которого составлял самогон.

Война 1941-1945 гг. сопровождалась в СССР снижением потребления алкоголя, которое еще в 1950 г. оставалось ниже предвоенного (1,9 л против 2,3 л в 1940 г.[3]). В первой половине 50-х годов в стране начался рост потребления, которое удвоилось в 1956 г., а утроилось в 1962 г. по сравнению с 1950 г. [2].

После этого в течение трех-четырех лет все сведения о потреблении спиртных напитков, соответствующих расходах населения и связанных с алкоголем негативных явлениях исчезли из официальной статистики и стали предметом государственной тайны. В 1988 г., когда эти данные были рассекречены, стало известно, что рост потребления алкоголя, регистрируемого государством, продолжался в 70-е годы с максимумом в 1979 г. (10,6 литров чистого алкоголя на человека в год, рис. 3.I-1).

До середины 60-х годов рост потребления алкоголя не сказывался на смертности населения, которая устойчиво снижалась за счет резкого сокращения смертности от инфекционных заболеваний, особенно в детских возрастах [6]. Во второй половине 1960-х годов начался относительно медленный, но существенный рост смертности и, соответственно, снижение ожидаемой продолжительности жизни вплоть до 1979 — 1980 гг. (для мужчин 64,6 лет в 1965 г. и 61,4 в 1980 г.; рис. 3.I-1).

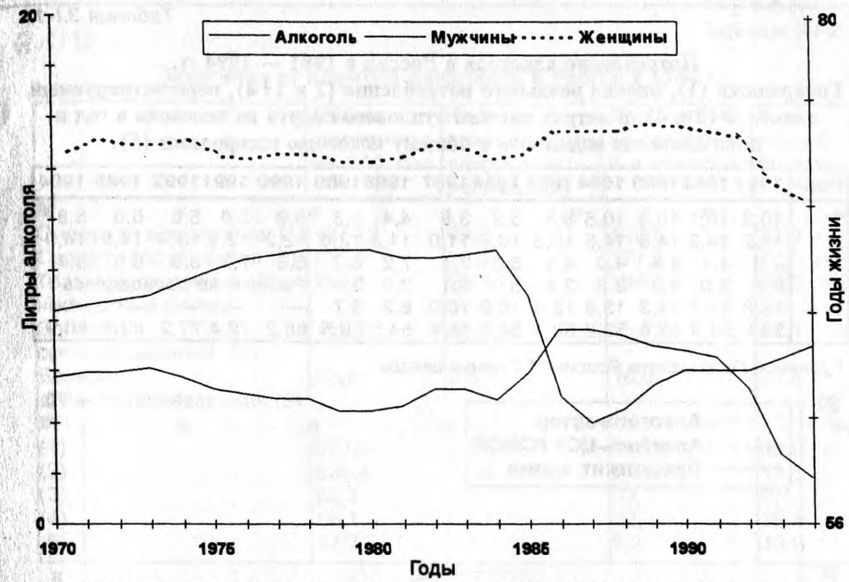


Рис 3.I-1. Госпродажа алкоголя и продолжительность жизни в России в 1970-1994 гг.

3.I.3 2 ПЕРИОД : 1980 — 1984 гг.

В это время произошла остановка роста потребления алкоголя и некоторая его стабилизация на очень высоком уровне (госпродажа 10,1- 10,5 л, реальное потребление 13,1 — 14,8 по разным оценкам, таблица 3.I-1). В этот же период приостановилось снижение ожидаемой продолжительности жизни, особенно отчетливое у мужчин (61,4 — 62,3 года; рис. 3.I-1).

В течение 1973-1984 гг. продолжительность жизни мужчин хорошо коррелировала с потреблением алкоголя госпродажи (после исключения временного тренда $r = -0{,}799$, $p < 0{,}002$). Однако до начала кампании 1985 г. связывать эти показатели напрямую мешает сравнительно небольшое их изменение (1,7 % в год для потребления и 0,2 % для продолжительности жизни), множественная детерминированность демографических показателей и неполнота официальных данных о потреблении алкоголя.

В 1989 г. после рассекречивания соответствующих данных оказалось, что с начала 1980-х годов Госкомстат СССР и РСФСР производили расчеты производства самогона на основе семейных бюджетных обследований и закупок сахара населением. В соответствии с этими данными в РСФСР в 1981-1984 гг. алкоголь самогона составлял 30,2 % от алкоголя госпродажи (для сравнения в Финляндии 12 %; 1984 г. [13]), а суммарное потребление 13,8 л (1984 г.; таблица 3.I-1 и рис.3.I-2), что делало Россию лидером потребления в Европе (в том же году во Франции 13,5 л [16]). С 1988 г., когда в стране начались перебои в снабжении сахаром, эти расчеты стали очень неточными, а с 1990 г. по этой причине вообще не производятся. Другие оценки потребления до начала кампании (Г.Г. Заиграев, V. Treml, Ф. Шереги, B.M.Segal) относятся не к России, а к СССР в целом.

Существует еще один метод оценки реального потребления алкоголя — на основе соотношения насильственных смертей в пьяном и трезвом состоянии, которое, как показала антиалкогольная кампания, наилучшим образом отражает реальное потребление алкоголя населением [4]. Суммарные данные о потреблении, полученные по этому методу, в 1981-1984 гг. несколько превышали суммарные данные Госкомстата РСФСР (таблица 3.I-1 и рис.3.I-2), вероятно, за счет того, что учитывают не только самогон из сахара, но также нерегистрируемый алкоголь из других видов сырья, который составляет 1/3 от самогона из сахара [3]. Вероятно, в связи с этим показатели нерегистрируемого алкоголя по этому методу были еще выше (в 1981-1984 гг. 40,4 % от алкоголя госпродажи).

Следует отметить, что основные этапы алкогольного потребления в СССР до 1985 г. (снижение во время войны, рост в начале 50-х годов и стабилизация в начале 80-х) отра-

Таблица 3.I-1.

Потребление алкоголя в России в 1981 — 1994 гг.
Госпродажа (1), оценка реального потребления (2 и 1+4), нерегистрируемый алкоголь (3 и 4), в литрах чистого этилового спирта на человека в год и доля алкоголя водки в % к общему алкоголю госпродажи (5).

Годы	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
1*	10,2	10,1	10,3	10,5	8,8	5,2	3,9	4,4	5,3	5,6	5,6	5,6	6,0	6.8
2**	14,2	14,2	14,8	14,5	13,3	10,8	11,0	11,6	12,0	12,2	12,9	13,9	14,5	14,9
3**	4,0	4,1	4,5	4,0	4,5	5,6	7,1	7,2	6,7	6,6	7,3	8,9	8,5	8,1
4*	3,1	3,0	3,0	3,3	3,5	5,0	6,1	3,9	3,4	Расчеты не проводились				
1+4	13,3	13,1	13,3	13,8	12,3	10,2	10,0	8,3	8,7	—	—	—	—	—
5*	55,9	54,4	53,4	53,2	53,4	54,5	56,4	54,5	58,5	66,2	72,4	77,2	82,1	80,9

** Данные Госкомстата России ** Оценки автора*

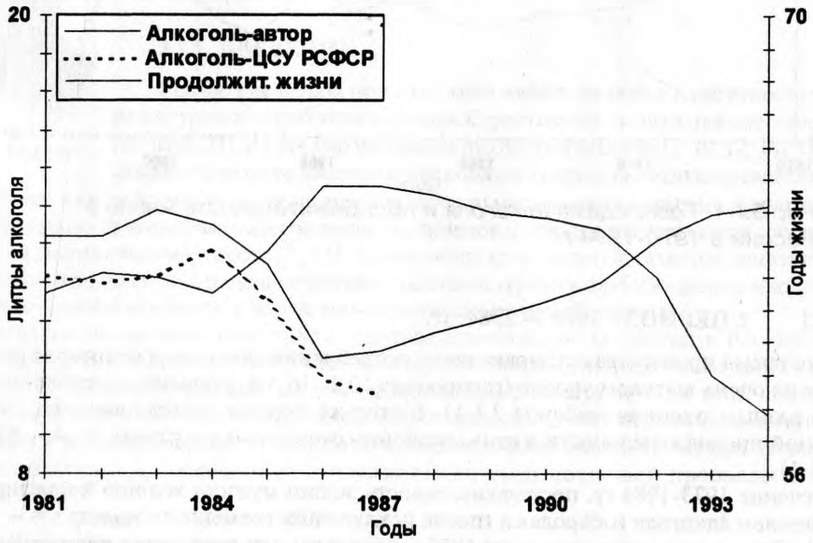


Рис 3.I-2. Потребление алкоголя и продолжительность жизни мужчин в России

жали общеевропейские тенденции, несмотря на предвоенную изоляцию СССР и послевоенный "железный занавес".

3.I.4. 3 ПЕРИОД : 1985 — 1991 гг.

Антиалкогольная кампания в СССР и в России началась 1 июня 1985 г. Главным направлением кампании было снижение потребления алкоголя посредством уменьшения государственного производства и продажи спиртных напитков, а также за счет искоренения самогоноварения. Несколько позже, в августе 1985г. произошло повышение цен, в частности, на водку на 25%. В августе 1986г. — новый и более резкий рост цен на спиртное. К 1987г. почти в пять раз сократилась сеть торгующих спиртным магазинов.

В результате кампании в России в 1987г. "потребление алкоголя из государственных ресурсов" сократилось в 2,7 раза или на 63,5% по отношению к 1984г. (табл.3.I-1), что существенно превысило запланированные темпы снижения госпродажи (11% в год или 25% за 2,5 года).

В качестве реакции на эти мероприятия резко возросло производство и потребление самогона, как по нашим расчетам, так и по сходным данным Госкомстата России (в скобках): с 3,7 (3,3) л в 1984 г. до 6,8 (6,1) л среднедушевого алкоголя в 1987 г.

Первое послабление антиалкогольного прессинга было сделано руководством страны в июле 1987г., когда уголовная ответственность за изготовление суррогатных напитков без цели сбыта была заменена на административную. С 1 января 1988г. началось увеличе-

Таблица 3.I-2.

Зависимая от алкоголя смертность в России в 1984 г.

	Общая смертность на 100 тыс.	На 1 л алкоголя (коэффициент регрессии)	Для потребления сверх 8 л алкоголя	% от общей смертн.
Смерть от всех причин (1)	1874,3	69,0	448,5	23,9
Сердеч.-сосуд. забол.(2)	975,3	26,3	171,0	17,5
Травмы,отравления (3) несчастные случаи	281,1	28,3	184,0	65,5
Болезни органов дыхания (4)	159,7	10,1	65,7	41,1
Болезни органов пищеварения (5)	53,8	2,6	16,9	31,4
(1)	973,6	22,4	145,6	15,0
(2)	636,4	13,4	87,1	13,7
(3)	66,8	5,1	33,2	9,7
(4)	56,1	3,4	22,1	39,4
(5)	22,7	0,5	3,3	13,9

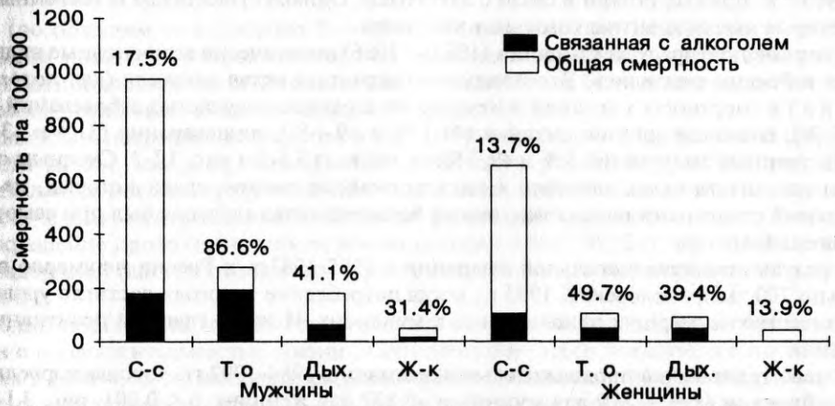


Рис. 3.I-3. Алкогольно зависимая смертность в России в 1984 г. (сверх 8 л.)
С-с — серд.-сосуд.; Т.о. — травмы, отравления и несч. случаи; Дых — болезни органов дыхания; Ж-к — жел.-кишечн. заболевания

ние госпродажи алкоголя, а 25 октября 1988 г. последовало новое постановление ЦК КПСС, по сути дела положившее конец антиалкогольной кампании.

Несмотря на краткость кампании, она затронула многие стороны жизни государства и его населения, что отразилось и на демографических показателях. Уже во второй половине 1985г. в РСФСР было отмечено небольшое снижение смертности и, соответственно, рост ожидаемой продолжительности жизни, которая к 1987 г. увеличилась на 3,2 года у мужчин и 1,3 года у женщин, достигнув 64,9 и 74,3 лет.

Это произошло, главным образом, за счет уменьшения смертности от травм, отравлений и несчастных случаев (насильственные смерти), вклад которых в уменьшение общей смертности в 1985-1986 гг. составил 39,4%, почти такой же как и у сердечно-сосудистых заболеваний (40,3%). При этом следует обратить особое внимание на смерти насильственные, наступившие в значительно более молодом возрасте, доля которых в структуре смертности меньше (12,2% в 1984г.), чем смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (55,6%).

Из этого следует, что основной урон в связи с алкоголем в начале 1980-х годов население России несло в виде насильственных смертей. Это убийства и самоубийства (30,9%), автодорожные травмы (13,5%), отравления алкоголем (12,3%) и другими веществами, падения с высоты, гибель в пожарах и т.д. Если ориентироваться не на данные Госкомстата РСФСР, а на отчеты областных Бюро судебно-медицинской эк-

Рис 3.I-4. Алкогольно зависимая насильственная смертность в России в 1984 г. (сверх 8 л.)
С-уб. — самоубийства; О.а. — отравления алкоголем; Д-Т — дор.-трансп.; Др.о. — другие отравления; Уб — убийства; Проч. — прочие.

спертизы, то в 1984 г. 59,3 % этих смертей произошло в состоянии алкогольного опьянения. Это т.н. прямые потери в связи с алкоголем. Однако существуют и косвенные потери, которые выявила антиалкогольная кампания.

В первые полтора года кампании (1985 — 1986) практически все основные виды смертности в России снизились. Это позволяет рассчитать вклад алкоголя (для потребления сверх 8 л) в смертность у мужчин и женщин от сердечно-сосудистых заболеваний (17,5 % и 13,7 %), болезней органов дыхания (41,1 % и 39,4 %), пищеварения (31,4 и 13,9 %) и насильственных смертей (65,5 % и 49,7 %) — таблица 3.I-2 и рис. 3.I-3. Сходным образом можно рассчитать вклад алкоголя в насильственные смерти, среди которых, не считая отравлений спиртными напитками, самый большой вклад алкоголя был при самоубийствах (рис. 3.I-4).

В результате антиалкогольной кампании в 1985-1987гг. в России не умерло приблизительно 700 тысяч человек. К 1993 г., когда потребление алкоголя достигло уровня 1984 г., количество неумерших приблизилось к миллиону. И это — главный позитивный итог кампании.

В целом, динамика продолжительности жизни в 1984-1992 гг. хорошо коррелировала с потреблением ($r = -0,979$ для мужчин и $-0,832$ для женщин; $p < 0,001$, рис. 3.I-2). Это свидетельствует о том, что изменение продолжительности жизни россиян в 1984-1992 гг. почти целиком объясняется изменением уровня потребления алкоголя (на 96 % у мужчин и на 69 % у женщин).

Антиалкогольная кампания 1985 г. с ее перепадами потребления спиртных напитков обнаружила не только жесткую зависимость демографических показателей от алкоголя, но и позволила рассчитать меру этой зависимости и показать целый ряд ее особенностей в связи с характером потребления.

Это прежде всего касается важнейшего показателя — ожидаемой продолжительности жизни населения России, особенно ее мужской части [6]. С 1984 по 1986 г. произошло сокращение потребления на 3,7 литра, что сопровождалось увеличением продолжительности жизни мужчин на 3,1 года (с 61,7 до 64,8), и эти отношения были линейными ($p < 0,01$). Несколько упрощая реальную ситуацию, на этой основе можно рассчитать уравнение линейной регрессии для данных 1984-1986 гг. (y — ожидаемая продолжительность жизни мужчин в годах, x — среднедушевое потребление алкоголя в литрах):

$$y = 73,2 - 0,79\,x,$$

которое показывает, что каждый литр среднедушевого алкоголя сокращал жизнь мужчин в России на 0,79 года или на 9,5 месяца в среднем.

Сходная зависимость наблюдалась и у женщин (рис. 3.I-5):

$$y = 77,9 - 0,34\,x,$$

что обнаруживает сокращение жизни женщин на 0,34 года или 4,1 месяца на каждый литр среднедушевого алкоголя.

Тут следует сделать уточнение. В 1985-1986 гг. рост продолжительности жизни в России был линейно связан с потреблением алкоголя, которое изменялось в пределах 10-1

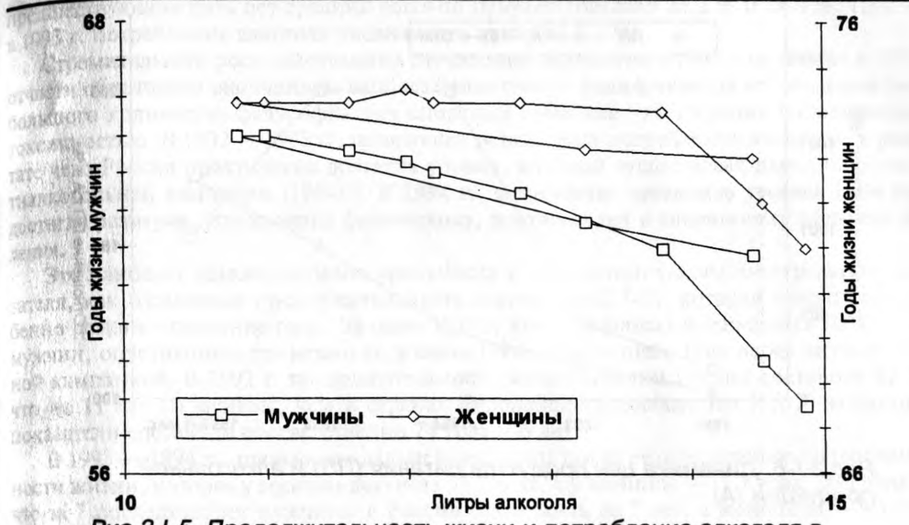


Рис 3.I-5. Продолжительность жизни и потребление алкоголя в России в 1984-1994 гг.

литров (по областям — в пределах 8 — 18 л). Скорее всего эти отношения не остаются линейными ниже 8-10 литров алкоголя на человека в год. Это означает, что потеря 9,5 месяцев жизни для мужчин и 4 месяцев для женщин может быть отнесена за счет каждого литра потребляемого алкоголя сверх 8-10 литров в год.

Увеличение потребления алкоголя в 1987-1992 гг. привело к сокращению продолжительности жизни, как у мужчин (до 62,0 лет), так и у женщин (до 73,8 лет). Россия приблизилась к исходному уровню 1984 года как по потреблению, так и по продолжительности жизни, нейтрализовав позитивные результаты кампании.

Сокращение продолжительности жизни россиян в 1987-1992 гг. происходило с некоторой задержкой (лаг) по отношению к росту потребления, более выраженной у женщин (рис.3.I-5).

Вполне естественно, что смертность населения России находилась в обратных отношениях с продолжительностью жизни . Сопоставление этого показателя с потреблением алкоголя в 1984-1986 гг. на основе регрессионного уравнения делает возможным рассчитать реальные потери населения — 65 тысяч человек на каждый литр среднедушевого алкоголя (сверх 8 литров).

3.I.5. 4 ПЕРИОД : 1992 — 1996 гг.

Решительное изменение многих форм жизни в России произошло в 1992г. в связи с рыночными реформами. Главными тут были либерализация торговли и отпуск цен с 1 января 1992 г. Эти перемены глубоко затронули алкогольную ситуацию в России. В апреле-мае 1992 г. государственные цены на алкогольную продукцию выросли в 2-3 раза и выровнялись со спекулятивными. Алкогольный рынок включился во всеобщую гонку цен.

Но у цен на спиртное в России есть особенность, очень важная для понимания современной алкогольной ситуации: их рост отставал от роста как общего индекса потребительских цен, так и от среднемесячной зарплаты. Например, по данным Госкомстата России сводный индекс потребительских цен на продукты питания с декабря 1991 г. по декабрь 1994 г. вырос в 828 раз, а на спиртные напитки — в 426 раз (рис. 3.I-6). Это значит, что за три года (1992 — 1994) реальная цена на алкогольную продукцию упала в 2 раза, а ее доступность соответственно возросла.

Возникает вопрос, за счет чего цены на вино-водочную продукцию отстали от цен на другие продукты и товары? Расчет показывает, что с учетом душевого потребления 14,5 литров население России истратило в 1993 г. на алкогольные напитки 12,9 триллионов рублей. Из этой суммы в государственный бюджет должно было поступить в виде акцизного сбора около половины, а реально поступило 1,1 триллиона рублей (данные бюджетного департамента Министерства финансов России), т.е. меньше 20% от того, что можно

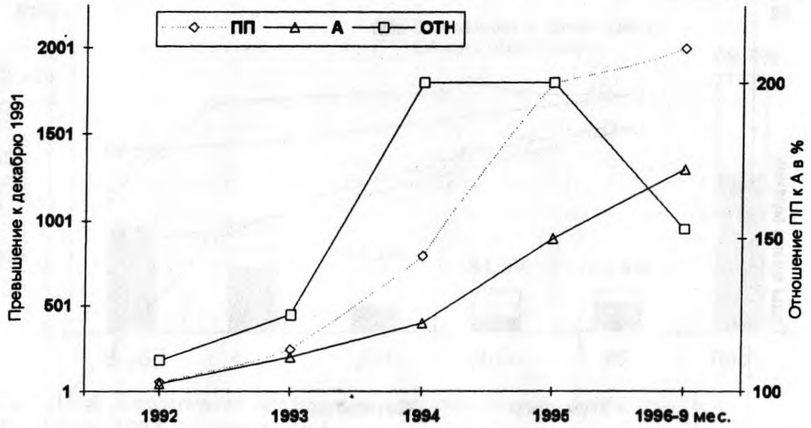


Рис 3.I-6. Динамика цен продуктов питания (ПП) и алкогольной продукции (А)

было получить. Согласно заявлению официальных лиц, "госбюджет никогда еще за всю историю не получал так мало отчислений от реализации алкогольной продукции" [1]. Другой источник занижения цен на алкогольные напитки — это фальсификаты из технического спирта, отпускная цена которого много ниже цены пищевого спирта. Нет сомнения, что нарастающий разрыв между ценой винно-водочной продукции и доходами населения или ценами на другие продукты и товары является важным стимулятором дополнительного потребления.

Не удивительно поэтому, что рыночные реформы сопровождались резким ростом потребления алкоголя уже в 1992г. (на 7,8 % за год, для сравнения в 1988 — 1991г. — на 3,7 % в год, табл.3.I-1). При этом уровень госторговли алкогольной продукцией не изменился, а нерегистрируемый алкоголь резко вырос (на 21,9 %). Изменился также его состав и каналы поступления.

До 1992 г. главной составной частью нерегистрируемого алкоголя в России был самогон. Однако, начиная с 1992 г., рост цены на сахар и другие исходные продукты самогона сделали его изготовление невыгодным. К тому же появились новые, более дешевые источники спирта для производства фальсифицированной водки, как в России, так и за рубежом. Другой источник нерегистрируемого государством алкоголя — контрабанда и импорт в Россию значительных количеств нестандартной винно-водочной продукции, главным образом, водки. Значительная часть этих грузов поступает, минуя таможенные пункты, без досмотра и контроля, без обложения таможенной пошлиной.

Общее количество фальсификатов спиртных напитков на внутреннем рынке оценить трудно. Но по данным Госторгинспекции, ее организации забраковали на территории России в 1991 г. 5,6 % проверенных ликеро-водочных изделий, в 1992 — 12,4 %, в 1993 — 25,6 %, а за первое полугодие 1994 — 31,0 % [5]. В конце года эта величина достигла 37 %. Выборочные проверки МВД выявляли еще больше фальсификатов — от 40% до 70%.

Резкий скачок потребления алкоголя привел к росту почти всех зависимых от алкоголя переменных. Так, например, число насильственных смертей выросло в 1992 г. на 22,3% (в 1991г. на 6.3%) и составило 173,0 на 100 тыс. населения, что в 2-3 раза превысило западноевропейские показатели (Франция — 88,3, 1989г.). В 1993 г. рост был еще больше (31,7 %).

Для темы существенно, что в 1992 — 1994 гг. среднегодовой прирост числа насильственных смертей пьяных составлял 37,7 %, а трезвых — только 15,4 % , т.е. более чем в два раза меньше . Эти данные показывают, что в современных условия России **алкоголь является мощным деградационным фактором, резко усугубляющим социальное неблагополучие в стране.**

В 1988-1994 гг. возрастало число всех медицинских явлений, связанных с потреблением алкоголя, но особенно значительно — алкогольных психозов (на 597,4%) и смертей от отравления алкоголем (на 484,6 %), которое достигло 113,5 и 37,8 случаев на 100 тысяч населения в 1994 г. соответственно.

Особенно драматичным для России был 1993 г.: число алкогольных психозов выросло на 141,4 %, а смертельных отравлений алкоголем — на 75,6 % за один год, хотя

предшествующие пять лет средний годовой прирост составил 23,2 % и 24,0 %. При этом в 1993 г. потребление алкоголя увеличилось всего на 5,1 %.

Стремительный рост смертельных отравлений алкоголем в 1992 и особенно в 1993 гг. отчасти обусловлен окончанием лага, но более того — появлением на алкогольном рынке большого количества фальсификатов спиртных напитков, обладающих дополнительной токсичностью. В 1992 — 1993 гг. произошел резкий рост потребления алкоголя, в результате чего Россия практически достигла уровня, который существовал перед началом антиалкогольной кампании (1984г.). **В 1994 гг. потребление превысило уровень 1984 года и достигло размеров, угрожающих физическому, психическому и социальному здоровью населения.**

Это наиболее демонстративно проявилось в отношении такого интегрального показателя, как ожидаемая продолжительность жизни (рис.3.I-5), которая сократилась особенно резко в последние годы. За один 1992 г. этот показатель уменьшился на 1,5 года у мужчин, опустившись примерно до уровня 1984г., последнего года перед антиалкогольной кампанией. В 1992 г. продолжительность жизни мужчин России составила 62 года, что на 11 лет (!) меньше, чем в странах Европейского сообщества [6]. У женщин эти показатели составили соответственно 74 года и 6 лет.

В 1993 — 1994 гг. произошло дальнейшее и еще более резкое падение продолжительности жизни, которая у мужчин достигла 57,7 года, а у женщин — 71,1 года. Это означает, что за 7 последних лет мужчины в России стали жить на 7 лет, а женщины — на 3 года меньше.

Принято думать, что неблагоприятная ситуация со смертностью россиян обусловлена социально-экономическим кризисом и ростом преступности. Отчасти это действительно так. Однако приведенные выше данные показывают, что основной ущерб для продолжительности жизни наносит неудержимый рост потребления алкоголя, который стал главным убийцей россиян. Многие, на первый взгляд внеалкогольные факторы, влияющие на продолжительность жизни населения, во многом замешаны на алкоголе. Возьмем убийства. Около 60% убитых и почти 80% убийц (среди выявленных) во время преступления бывают нетрезвыми. То же относится почти к половине самоубийц и погибших в автодорожных катастрофах. У алкоголя есть вклад во многие другие виды смертей. И только 1993г. внес свои коррективы в эту жесткую зависимость (рис.3.I-5): сокращение продолжительности жизни превышало значение, предсказанное линейной моделью 1984-1986 гг. когда при сравнительно небольшом для России увеличении потребления алкоголя (на 0,6 л) произошло значительное сокращение ожидаемой продолжительности жизни мужчин (на 3 года) и женщин (на 1,8 года). Из этого следует, что в 1993 г. на продолжительность жизни помимо алкоголя начали действовать новые факторы.

Среди этих внеалкогольных факторов есть один, имеющий прямое отношение к алкоголю — это повышение токсичности спиртных напитков в последние годы. Т.н. рыночные реформы и отказ государства от монополии на алкогольные напитки (1992 г.) вывели на алкогольный рынок большое количество фальсификатов, вплоть до напитков из технического спирта, резко понизивших относительную стоимость алкогольной продукции и тем самым сделавших ее еще более доступной [4]. В результате этого смертность от отравлений алкоголем, стабилизировавшаяся в 1990-1991 гг. (19,8 и 20,3 случаев на 100 000 мужчин), резко увеличилась в 1992 и 1993 гг. (в 1,6 и 1,7 раза за каждый год у мужчин) при увеличении алкогольного потребления на 8 % и 4 %. Ни один из других видов смертности не имел такого прироста в эти годы (в следующей по величине прироста группе причин — убийства — составил соответственно 1,5 и 1,3 раза).

По заключению экспертов ВОЗ относительно безопасным для государства можно считать уровень потребления в 8 литров подушного алкоголя [11], который сейчас, правда, пересматривается в сторону занижения. При таком подходе **прямые и непрямые потери только в связи со "сверхнормативным" алкоголем (более 8 л) и только в 1993 г. составили около 400 тысяч российских граждан.**

В том же году в России было зарегистрировано 23 тысячи убийств, 60-70 % которых к тому же связаны с алкоголем. Недавно стало известно, что за год и 10 месяцев войны в Чечне погибло от 80 до 100 тысяч человек. Расчеты "алкогольного" урона и сравнение его с числом убитых в гражданской жизни и на войне дают приблизительное представление о масштабах алкогольных проблем России, их сравнение с проблемой преступности или чеченской войны, активно обсуждаемой прессой.

Все это более общо можно обозначить как социальное, психическое и физическое нездоровье ныне живущих и будущих граждан России.

3.I.6. МОДЕЛЬ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ И ПРОГНОЗ АЛКОГОЛЬНОЙ СИТУАЦИИ В РОССИИ

В последние 40 лет в алкологии происходит смена центральной парадигмы: представление об алкоголизме или пьянстве как о болезни или индивидуальном поведении (disease model) вытесняется т.н. моделью распределения потребления (distribution of consumption model), формирование которой началось работами С.Ледерманна [8]. Эта модель связывает распространенность негативных алкогольных проблем в популяции с доступностью спиртных напитков и выражается простой формулой:

доступность → потребление → ущерб

Несмотря на простоту и кажущуюся самоочевидность формулы, потребовался большой труд, чтобы показать линейность отношений трех ее составляющих. К настоящему времени модель распределения потребления стала основой алкогольной политики многих государств мира.

Опыт антиалкогольной кампании в России, особенно в его демографической части, стал ярким свидетельством в пользу этой модели, как на стадии снижения госпродажи, так и во время роста потребления, особенно в последние годы, когда очень высокое, но стабильное потребление в 1989 — 1991 гг. (12 -13 л) увеличилось еще больше за счет относительного снижения цены на спиртные напитки (рис. 3.I-6), что сопровождалось снижением ожидаемой продолжительности жизни населения.

Однако, следует признать ограниченность основной формулы модели распределения потребления. В ней отсутствует такой важный элемент как **потребность** в алкоголе, т.е. комплекс негативных явлений макро-, микросоциального и персонального уровня, которые подталкивают к выпивке и реализуются в зависимости от **доступности** спиртных напитков.

В современных условиях России, переживающей глубокий социально-экономический кризис, мало возможностей быстро изменить потребность в алкоголе и т.о. повлиять на потребление, достигшее аномально высокого уровня, как и на связанный с этим ущерб. Более успешным может быть воздействие на доступность. Тем более, что на этом пути государство может получить пополнение своего бюджета. Именно в этом направлении, хотя и с большим опозданием, государство начало проводить свою алкогольную политику в последние два-три года. Уже наметились первые ее результаты.

Спору нет, как алкогольная ситуация в целом, так и ее важнейшая часть — доступность алкогольных напитков — сложные, многофакторные явления, их полное описание невозможно сделать с помощью одного показателя. Однако в современных условиях России и в соответствии с моделью распределения потребления, **соотношение цен на алкогольную продукцию с ценами на другие продукты и товары — может быть главный индикатор алкогольной ситуации, а его минимизация — главная цель алкогольной политики.**

Начиная с 1992 г. в результате т.н. рыночных реформ, отказа государства от монополии на алкогольную продукцию, и криминализации алкогольного рынка, рост цен на спиртные напитки существенно отставал от роста цен на продукты питания (рис. 3.I-6). В результате целого ряда государственных мероприятий в 1995 г. наметилась стабилизация разницы этих цен, а 1996 г. она существенно сократилась. Исходя из этого, можно подойти к прогнозу алкогольной ситуации в нашей стране. **В 1997 — 1998 гг. можно ожидать дальнейшее снижение, а возможно и нивелировку разницы цен на спиртные напитки и продукты питания, и как следствие — стабилизацию или начало снижения потребления алкоголя в нашей стране.** Вероятно, в 1994 — 1995 гг. наша страна достигла максимума потребления алкоголя. Об этом свидетельствует тот факт, что в 1992 — 1994 гг. прогрессивно сокращался ежегодный прирост потребления (с 7.8 % до 2.8 %; табл. 3.I-1). На основе метода, предложенного ранее [4], трудно рассчитать алкогольное потребление в 1995 г. в связи с ухудшением статистической отчетности, не только государственной, но локальной, в частности, отчетов областных Бюро судебно-медицинской экспертизы. Кроме того, начиная с 1995 г., Госкомстат России перестал публиковать даже те ограниченные и неполные данные о потреблении алкоголя, которые существовали ранее (таблица 3.I-1).

Поэтому в настоящее время о потреблении можно судить только по косвенным данным, зависимым от потребления алкоголя, например, таким, как снижение в 1995 г. числа насильственных смертей в целом (на 5,6 % ; данные Госкомстата России) и практически всех их видов, особенно смертей от отравления алкоголем (на 22,0 % и на 19,1 % за 9 месяцев 1996 г.), хотя к последнему показателю в связи с его очень резким сокращением за один год следует относиться осторожно из-за возможных искажений диагностики на первичном уровне.

Вместе со снижением потребления, можно ожидать дальнейшее снижение вклада алкоголя в сверхсмертность и заболеваемость населения России, особенно ее мужской части. Возможно, об этом свидетельствует небольшой рост ожидаемой продолжительности жизни мужчин в 1995 г. по сравнению с 1994 г. (на 0,9 %, 58,2 года) и женщин (0,8 %, 71,7 года). При этом надо иметь в виду, что снижение показателей смертности и заболеваемости, связанных с алкоголем, в ближайшие годы будет очень медленным, скорее всего с лагом, в отличие от того, что наблюдалось в 1985 — 1986 гг., когда помимо ценовых ограничений доступности алкоголя внезапно появились и два-три года существовали дополнительные законодательные, административные и моральные ограничения.

Такой прогноз трудно считать оптимистическим, т.к. существующий уровень потребления алкоголя и связанные с этим негативные последствия в России можно назвать сверхвысокими, по меньшей мере в два раза превышающими средний европейский уровень. Это требует дальнейших усилий для снижения потребления алкоголя населением России посредством:

ценовой политики (см. направления IV, V, VI),

декриминализации алкогольного рынка (см. направления IV, V, VI),

вытеснения с рынка фальсификатов алкогольной продукции (см. направления III, IV, V, VI, IX) ,

полного сбора акцизных налогов на алкогольную продукцию (см. направления IV, V, IX).

Для снижения тяжелых последствий высокого потребления алкоголя в стране и прежде всего смертности мужского населения необходимы мероприятия по раннему медицинскому выявлению и лечению алкогольно -зависимой патологии (см. направления III, IX).

Кроме того, необходима динамическая индикация алкогольной ситуации в стране, для чего потребуется разработать государственные оценки реального потребления алкоголя и другие ключевые оценки реальной алкогольной ситуации.

3.I.7. ЛИТЕРАТУРА

1. Вечерняя Москва. 14 февраля 1992 г.
2. Народное хозяйство СССР в 1963 г. Госиздат ЦСУ СССР. М. 1964.
3. Г.Г.Заиграев "Общество и алкоголь". М. 1994.
4. А.В.Немцов. Уровень реального потребления алкоголя населением России. Социальная и клиническая психиатрия. 1992. т.2, № 4, с.46-53.
5. А.В.Немцов. Алкогольная ситуация в России / Доклад по политике в области общественного здоровья N 2 Серии "Здоровье для всех — все для здоровья в России" под ред. А.К.Демина. Российская Ассоциация общественного здоровья, Фонд "Здоровье и окружающая среда". М.,1995. — 126 с.
6. В.М.Школьников, Ф.Милле и Ж.Валлен. Ожидаемая продолжительность жизни и смертность населения России в 1970-1993 годах: анализ и прогноз/ Доклад по политике в области общественного здоровья № 1 Серии "Здоровье для всех — все для здоровья в России" под ред. А.К.Демина. Российская Ассоциация общественного здоровья, Фонд "Здоровье и окружающая среда" М. 1995. — 102 с.
7. Anderson P. Excess mortality associated with alcohol consumption. Brit. med. J. 1988, v.297, p. 824-826.
8. Brunn K., Edwards G.,Lumio M., Makela K.,Pan L., Popham R.E., Room R., Schmidt W., Skog O., Sulkunen P., Osterberg E. Alcohol control policies in public health pespective. The Finnish Foundation for Alcohol Studies. 1975; v.25.
9. Ledermann S. Alcool, alcoolisme, alcoolisation. Paris. 1956.
10. Lint de J. The influence of much increase alcohol consumption on mortality rates: The Netherlands between 1950 and 1975. Brit. J. Addict. 1981, v.76, No. 1, p.77-83.
11. Makela K. et al. Alcohol, society, and state. Vol.1. A comparative study of alcohol control. Toronto, Addiction Res. Foundation. 1981.
12. Marmot M.G. Alcohol mortality: a J-shaped curve. Lancet. 1981, v. 1, No 8220, p. 580-583.
13. E.Osterberg. Recorded and unrecorded alcohol consumption. Finnish drinking habits. 1987. V. 35, P. 17-36.
14. Rush B.R., Gliksman L., Brook R.C. Determinants of alcohol-related damage in large populations: An investigation using the analysis of linear stuctural relations.Toronto. Addiction Res. Foundation. 1983.
15. Stinson F.S. et all. Alcohol-Related Mortality in the United States, 1979 — 1989.— Epidemiologic Bulletin, 1993,Vol. 17, No 3, P. 251 — 260.
16. World Drink Trends. 1991 Edition. Oxfordshire: NTC Publication.

3.III. КАЧЕСТВО И ТОКСИЧНОСТЬ АЛКОГОЛЬНЫХ НАПИТКОВ

В.П.Нужный

3.III.1. ВВЕДЕНИЕ

Изменение общественно-экономических отношений в России кардинальным образом отразилось на всех сторонах жизни нашего общества. Одним из последствий этого явились изменения на рынке алкогольной продукции.

Изменился ассортимент и появились новые разновидности реализуемых населению алкогольных напитков. Увеличилась доля импортной продукции. Появилось большое число фальсификатов. Повысилась токсичность многих разновидностей винно-водочных изделий при относительном снижении цен на них. Многие составляющие современного алкогольного рынка России традиционны. Однако, некоторые из них вызывают тревогу и побуждают проанализировать сложившуюся ситуацию.

Обращает на себя внимание парадоксальная ситуация с ценами. Розничные цены на одни и те же разновидности алкогольных напитков различаются в два, три и более раз. А.В. Немцов, оценивая причины этого явления в Докладе по политике в области охраны здоровья Российской Ассоциации общественного здоровья и Фонда "Здоровье и окружающая среда" "Алкогольная ситуация в России", опубликованном в 1995 г., приводит тому пример: в 1994 году по расчетам Минэкономики России один литр импортной водки с учетом разных затрат, в том числе акцизных и таможенных сборов, должен был бы стоить 16 000 рублей. А его реальная стоимость едва дотягивала до 6 000 рублей.

Основная причина указанного различия — неуплата акцизов за ликеро-водочные изделия. Эта недоимка только за первое полугодие 1994 года по своим размерам составила величину, соответствующую трети акцизных сборов по всем видам товаров. Вторая причина — контрабандный ввоз алкогольных напитков, главным образом из стран ближнего зарубежья, а также реализация водки и ликеро-водочных изделий, произведенных подпольно. По данным МВД России, объемы нелегального изготовления винно-водочной продукции достигли угрожающих размеров. Так, в 1995 году из предложенных торговлей алкогольных напитков, 36,6% было изготовлено подпольно. Проверка, осуществляемая по линии органов внутренних дел, свидетельствует о том, что от 40 до 60% продаваемых винно-водочных изделий являются фальсификатами. И, наконец, третья, но не последняя по значимости, причина — продажа отечественных и импортных водок, изготовленных из спиртов непищевого назначения. Учитывая, что акцизы на гидролизный и синтетический спирты на 30% ниже, чем на пищевой спирт, представляется исключительно экономически выгодным использовать их для производства алкогольных напитков, чем пользуются некоторые отечественные, особенно мелкие, производители. Не исключено, что значительное количество непищевых спиртов, производимых в России, экспортируется и возвращается обратно в виде изделий, розлитых в красивые бутылки с красочными этикетками. Это становится возможным еще и потому, что использование и распределение технических спиртов, в отличие от спирта пищевого назначения, не регулируется в России государством.

Установить происхождение этилового спирта под силу только опытным дегустаторам, поскольку многие марки гидролизного и синтетического спиртов полностью соответствуют требованиям ГОСТа на пищевой спирт. Это провоцирует производителей водок и ликеро-водочных изделий на использование непищевых спиртов и, в итоге, может способствовать заметному снижению цен на такие изделия. Последнее ставит заводы, производящие алкогольные напитки с соблюдением технологии, в заведомо невыгодные условия. Примером может служить завод "Кристалл", который вынужден использовать лишь 20-30% производственных мощностей, не находя сбыта своей качественной, но дорогой продукции.

Низкие цены на крепкие алкогольные напитки, прежде всего водки, в значительной мере объясняют российский парадокс: рост потребления алкоголя на фоне экономического кризиса. Однако, это одна сторона вопроса. Другая связана с тем, что употребление населением преимущественно дешевой водки чревато последствиями, которые нельзя объяснить только ростом общего потребления алкоголя. Об этом речь пойдет ниже. С высокой долей вероятности можно утверждать, что дешевые алкогольные напитки, изго-

товленные по упрощенным технологиям или с нарушением технологии, оказывают более выраженное токсическое действие. Из крепких алкогольных напитков вторыми после водок по объему реализации идут ликеро-водочные изделия (ликеры, пунши, настойки, аперитивы и др.). Прилавки магазинов и многочисленных киосков перегружены разноцветными "изделиями" с броскими этикетками и интригующими названиями, в основном, зарубежного производства. Указанные изделия помимо спирта содержат значительное количество компонентов как растительного происхождения, так и синтетических добавок (красители, ароматизаторы, сгустители, вкусовые и другие добавки). Некоторые из них способны повышать токсический потенциал этилового спирта. Возросшее предложение таких напитков ведет к значительному росту их потребления.

3.III.2. МЕДИЦИНСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ИЗМЕНЕНИЙ НА РЫНКЕ АЛКОГОЛЬНОЙ ПРОДУКЦИИ

Многие эксперты в области медицинской статистики отмечают, что нарастание негативных социальных и медицинских явлений, обусловленных потреблением алкоголя, значительно опережает рост среднедушевого потребления алкоголя. Указанное явление в значительной мере связано с увеличением токсичности потребляемых населением алкогольных напитков.

Согласно статистическим данным и экспертным оценкам, потребление алкоголя в России в период с 1987 по 1992 год увеличилось примерно на 25-27%. За тот же период смертность от случайных отравлений алкоголем увеличилась на 227%, а заболеваемость алкогольными психозами — на 529%. В 1993 году указанное несоответствие достигло максимальных значений: количество смертельных отравлений алкоголем увеличилось за год на 75,6%, а число алкогольных психозов — на 141,4%, — при росте потребления алкоголя лишь на 4,3% .

По данным Госкомстата России смертность от некоторых причин, связанных с потреблением алкоголя (отравления алкоголем, алкоголизм, алкогольный психоз и алкогольный цирроз печени), за последние пять лет неуклонно прогрессирует. Так, число умерших по указанным причинам в пересчете на 100 тыс. населения мужского пола трудоспособного возраста (16-59 лет) составило в 1990, 1991, 1992, 1993 и 1994-м годах 29,1, 30,2, 46,9, 81,0 и 103,3, соответственно.

Исследование структуры смертности трудоспособного населения от внешних причин (несчастные случаи, травмы и отравления) в 1994 году показало, что число погибших от отравлений алкоголем увеличилось на 23%, при общем росте смертности от указанных причин на 9% .

Обращает на себя внимание тот факт, что смерть от отравлений алкоголем наступает в настоящее время при меньших концентрациях алкоголя в крови. Например, в Республике Карелия за один 1992 год средняя смертельная концентрация алкоголя в крови снизилась в 1,4 раза при росте смертельных отравлений алкоголем в 3 раза.

В последние годы Московский союз потребителей и Московский городской центр Госкомсанэпиднадзора отмечают резкое увеличение жалоб граждан на качество алкогольной продукции, вызывающей расстройство здоровья при однократном употреблении алкогольных напитков в умеренных дозах. К сожалению, специализированного токсикологического или наркологического освидетельствования пострадавших не проводилось, и точная клиническая картина отравлений установлена не была. Однако экс-пертиза представленных в указанные организации пострадавшими алкогольных напитков показала их соответствие ГОСТам или обнаружила незначительные отклонения от них, которые не могли быть причиной отравления.

Сходная ситуация отмечается специалистами Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, которые все чаще встречаются со случаями атипичного опьянения, являющегося причиной тяжких правонарушений. Опьянения такого рода возникают после употребления относительно небольшого количества алкогольных напитков и никак не могут быть связаны с действием собственно этилового спирта. В качестве примера можно привести недавний случай совершения тяжкого преступления мужчиной после употребления ликера "Амаретто" в количестве, эквивалентном одному стакану водки. До этого эпизода обследуемый употреблял алкогольные напитки в значительно больших количествах без каких-либо неприятных последствий для себя и окружающих. Судебно-психиатрическая экспертиза, впрочем, как и судебно-ме-

ти часов. Динамика состояния крыс полностью соответствовала характеру кривой содержания этанола в крови. В первые 2 часа после введения спирта развивается более сильное опьянение, выраженность которого быстро идет на убыль. Напротив, водка, вызывая несколько менее выраженное опьянение в первые 2 часа, поддерживает животных в этом состоянии на протяжении всего периода наблюдения. Причина таких различий до конца не ясна. Возможны два варианта их объяснения. Первый заключается в том, что водка, в отличие от спирта, замедляет фазу абсорбции этанола (замедление процесса периодического опорожнения желудка, что ведет к задержке этанола в желудке и, соответственно, замедлению всасывания его в кишечнике). Второй связан с тем, что присутствие в водке неких компонентов ведет к замедлению метаболизма этанола в печени. Скорее всего имеют место оба предполагаемых механизма.

Исследования, выполненные на животных, подвергавшихся принудительной хронической алкоголизации, показали, что водка и раствор спирта в одинаковой степени задерживают прирост массы тела крыс, способствуют примерно одинаковому накоплению в крови токсических метаболитов этанола, вызывают развитие синдрома отмены одинаковой степени выраженности и примерно в равной мере угнетают сократительную способность сердца.

Вместе с тем, водка, в отличие от спирта, вызывает нарушение белковосинтетической функции печени и оказывает более выраженное подавление активности системы антиокислительной защиты организма.

Наиболее впечатляющие различия были обнаружены при сравнительном морфологическом исследовании сердца и печени крыс. В миокарде водка приводит к развитию однотипных с раствором спирта, но значительно более выраженных изменений (дистрофия, лизис миофибрилл, отек стромы, изменения активности и распределения ферментов). Более того, под действием водки в ткани сердца появляется атипичная клеточная реакция, отсутствующая в сердце крыс, получавших раствор спирта. В печени водка индуцирует развитие более выраженного жирового гепатоза и резкие изменения активности ряда ферментов.

Общая, интегральная оценка сравнительной токсичности исследованного алкогольного напитка свидетельствует о том, что по 7-ми параметрам водка и раствор спирта оказывают одинаковое по выраженности негативное воздействие на организм, а по 10-ти параметрам водка безусловно более вредный для здоровья напиток, чем, соответствующий ГОСТу этиловый спирт.

Почему и как случилось такое, что изделие, отвечающее всем нормам ГОСТа и гигиеническим требованиям, то есть представляющее собой высококачественный продукт, оказалось более токсичным, чем сырье из которого оно приготовлено, остается загадкой. Впрочем, разгадка может быть простой. При производстве данной водки мог быть использован гидролизный или синтетический спирт, который по регламентируемым физико-химическим и органолептическим параметрам не отличался от пищевого. Наконец, в процессе производства водка могла быть загрязнена, например, токсинами, попавшими в нее на этапе фильтрации.

Дело пока не в поиске причин. Проведенное исследование со всей очевидностью иллюстрирует, что высококачественный по существующим меркам продукт может быть опасным для здоровья. Отсюда следует, что понятия качества и безопасности алкогольных напитков имеют разный смысл. Соответствие напитка стандарту не гарантирует потребителя от возможности отравиться или нанести организму тяжкий вред.

3.III.5. НЕДЕЕСПОСОБНЫЙ ГОСТ

Стандарты основных разновидностей алкогольных напитков были разработаны около ста лет назад и с небольшими изменениями дошли до наших дней в виде ГОСТов. В них изложены технические требования к производству и перечень нормативных физико-химических показателей. Наиболее жестко регламентированы физико-химические показатели водок. Последнее неудивительно, поскольку даже незначительный избыток примесей, содержащихся в исходном сырье — этиловом спирте, существенным образом отражается на потребительских свойствах этого напитка. Кроме того, водки относятся к категории малокомпонентных алкогольных напитков, состав которых легко поддается анализу с помощью несложных химических методов.

Все спирты, используемые при производстве водок и других алкогольных напитков, содержат примеси. Методом газовой хроматографии в пищевом спирте высшей очистки

или "Экстра" обнаруживаются: альдегиды и кетоны (уксусный, пропионовый, муравьиный, масляный, кротоновый альдегиды, акролеин, диацетил, ацетон); эфиры (уксусно-метиловый, уксусноэтиловый, масляноэтиловый, диэтиловый, пропионометиловый, пропионоэтиловый, изомасляноизобутиловый); спирты (изопропиловый, пропиловый, изобутиловый, бутиловый, амиловый, изоамиловый, вторичный бутилкарбинол, метиловый, гексиловый, гептиловый, вторичный и третичный бутиловый, пентанол-2); кислоты (уксусная, масляная, изомасляная, валериановая, изовалериановая, пропионовая); амины (метиламин, диметиламин, триметиламин, этиламин, диэтиламин, триэтиламин) и ряд других неидентифицированных примесей. Содержание некоторых из них, сообщающих спирту наиболее неприятный вкус и запах и, как принято считать, наиболее токсичных, строго регламентируется.

3.III.5.1. Альдегиды

Альдегиды представлены в этиловом спирте и алкогольных напитках, в основном, уксусным, а также пропионовым и масляным альдегидами. В соответствии с ГОСТом содержание альдегидов в пересчете на уксусный в безводном этиловом спирте высшей очистки и "Экстра", используемых для производства водок, не должно превышать, соответственно, 8 и 3 мг/л. В коньяках и винах их содержание не регламентируется. Между тем, в коньяках оно обычно колеблется в пределах 30 — 50 мг/л. Помимо алифатических, в коньяках нередко определяется большое количество обладающих канцерогенными свойствами альдегидов фуранового ряда, в частности, оксиметилфурфурола (до 20 мг/л). В винах содержание альдегидов обычно колеблется в пределах 10 — 50 мг/л, но может достигать 250 мг/л, а в хересе — 600 мг/л. Среднее содержание альдегидов фуранового ряда в винах находится в пределах 5 — 10 мг/л, но может достигать 30 мг/л. Содержание альдегидов в образцах низкокачественного деревенского самогона, судя по результатам единичных исследований, составляет 150 — 220 мг/л в пересчете на безводный алкоголь.

Острая токсичность ацетальдегида, вводимого в желудок, на порядок ниже его токсичности при введении внутрибрюшинно или внутривенно, и не на много отличается от таковой у этилового спирта (таблица III — 1). Последнее связано с высокой реакционной способностью альдегидов, благодаря которой они взаимодействуют с содержимым желудка, белками слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта и почти не поступают в кровь в свободном виде. Учитывая, что средняя разовая смертельная доза 96% этилового спирта для человека с повышенной толерантностью при однократном приеме составляет около 400 мл, доза альдегидов, поступающих в организм человека при употреблении того же количества наименее чистой разновидности спирта-ректификата из пищевого сырья не превышает 0,00001 $ЛД_{50}$ ацетальдегида ($ЛД_{50}$ — доза, вызывающая гибель 50% подопытных животных). Сведения о хронической токсичности уксусного и других альдегидов при их одновременном введении с этанолом отсутствуют.

Таблица 3.III — 1

СРЕДНЕСМЕРТЕЛЬНЫЕ ДОЗЫ ($ЛД_{50}$) ЭТИЛОВОГО СПИРТА И НЕКОТОРЫХ СОДЕРЖАЩИХСЯ В НЕМ ПРИМЕСЕЙ

(Данные получены разными авторами на крысах при использовании внутрижелудочного способа введения)

Соединение	$ЛД_{50}$, г/кг
Этиловый спирт ректификованный высшей очистки	6,8 — 7,7
Ацетальдегид	5,3
Метиловый спирт	5,6
н-пропиловый спирт	2,2 — 4,7
изопропиловый спирт	5,0 — 7,2
н-бутиловый спирт	3,4
изобутиловый спирт	3,5
н-амиловый спирт	4,2 — 4,5
изоамиловый спирт	2,8 — 4,3

3.III.5.2. Сивушное масло

Сивушное масло представляет собой смесь высших (C_3 — C_{10}) одноатомных алифатических спиртов, эфиров и других соединений (всего около 40 компонентов), получаемых при ректификации спирта-сырца. Часть из них неизбежно остается в ректификате. Высшие спирты с числом углеродных атомов до 10 растворимы в воде, и поэтому легко

перегоняются с паром. Сивушное масло придает спирту неприятный специфический запах и вкус, но участвует в формировании аромата некоторых вин.

Согласно действующему ГОСТу, содержание высших спиртов в пересчете на смесь изоамилового и изобутилового спиртов в безводном пищевом спирте-ректификате высшей очистки и "Экстра" не должно превышать 4 и 3 мг/л. В коньяках, в отличие от водок, их содержание не нормируется и достигает значительных величин — 1500—2000 мг/л. Ром, бренди и виски содержат 1000—4000 мг/л таких спиртов. Их содержание при старении этих напитков возрастает. Содержание высших спиртов в винах колеблется в пределах 250—650 мг/л. В образцах плохого самогона, а также в итальянской граппе уровень высших спиртов составляет 1500—7000 мг/л.

Острая токсичность высших спиртов, как следует из таблицы 3.III-1, в 1,5 — 3 раза превышает токсичность этанола. $ЛД_{50}$ сивушного масла, в случае его введения в желудок крысам, составляет 2,6 мл/кг, при 9,4 мл/кг для этилового спирта. В соответствии с этим, высшие спирты и сивушное масло относят к категории среднетоксичных соединений. Дозы высших спиртов, поступающие в организм человека при употреблении 400 мл наименее очищенной разновидности спирта-ректификата из пищевого сырья, не превышают 0,00001 их $ЛД_{50}$, условно принятой за 2500 мг/кг.

Высшие спирты вызывают опьянение, сходное с алкогольным. Они окисляются в организме до соответствующих альдегидов и кислот. Изопропиловый спирт окисляется до ацетона. Скорость окисления высших спиртов в среднем в 2 — 2,5 раза ниже, чем у этанола. Имеются указания о том, что скорость всасывания и окисления этилового спирта в присутствии высших спиртов замедляется. Бытует мнение, что сивушное масло модифицирует токсическое и наркотическое действие этанола. В эксперименте на крысах показано, что введение в состав этилового спирта сивушного масла в количестве 1% в 1,3 раза повышает летальный эффект этилового спирта и вызывает более выраженные изменения внутренних органов при хронической интоксикации.

3.III.5.3. Метиловый спирт

Метанол является наиболее трудно отделяемой примесью в процессе ректификации этилового спирта. По своим органолептическим свойствам он мало отличается от этанола и поэтому является одним из основных виновников случайных смертельных отравлений.

Согласно ГОСТу, содержание метанола в безводном этиловом спирте высшей очистки и "Экстра", используемых для производства водок, не должно превышать 400 и 240 мг/л. Стандартами многих стран содержание метанола в пищевом этиловом спирте не нормируется.

Основным источником метанола при производстве натурального этилового спирта и вин служат пектиновые вещества. Применение пектинолитических препаратов или технологии щелочного гидролиза пектинов способствует существенному увеличению уровня метанола в этиловом спирте и винах. Концентрация его в белых виноградных винах обычно не превышает 240 мг/л, в красных — 3000 мг/л, а в плодово-ягодных винах может достигать 6000 мг/л. Особенно много метанола образуется при брожении мезги. Концентрация его при перегонке плодовых виноматериалов увеличивается в 9 — 15 раз. Поэтому в коньяках содержание метанола допускается в пределах 1000 мг/л. Достаточно много его содержится в некоторых соках, особенно в томатном (до 200 мг/л) и соке черной смородины (до 680 мг/л). Сведения о концентрациях метанола в самогоне отсутствуют. По всей видимости, его содержание в самогоне, особенно во фруктовом, может достигать значительных величин.

Острая токсичность метилового спирта, определяемая на грызунах, не намного выше, чем этилового спирта (табл. 3.III — 1). Организм человека более чувствителен к его действию. Смертельная доза метанола по разным данным колеблется в пределах 30 — 250 мл. При условно принятой для человека $ЛД_{50}$ метанола, равной 0,6 г/кг, его дозы, поступающие в организм после употребления 400 мл натурального спирта-ректификата высшей очистки, не превышают 0,004 этой величины. Поступление метанола с вином и, по-видимому, с самогоном может в несколько раз превышать эти показатели.

Скорость окисления метанола, по данным разных авторов, в 3 — 6 раз ниже скорости окисления этилового спирта. Его токсическое действие связано с образованием метаболитов — формальдегида и муравьиной кислоты. При комбинированном воздействии метанола и этанола на организм человека выявлена простая суммация их токсических эффектов. По данным других авторов, одновременное воздействие этих спиртов сопровождается потенцированием их токсического действия.

3.III.5.4. Сложные эфиры

Сложные эфиры представляют собой продукты взаимодействия спиртов с органическими кислотами. Реакции этерификации быстрее протекают в алкогольных напитках, содержащих большое количество кислот. Большинство эфиров обладают приятным запахом, определяющим аромат многих вин. Благодаря процессам этерификации устраняется неприятный аромат, связанный с присутствием в винах масляной и валериановой кислот. Эфиры с большим числом атомов углерода сообщают спирту несвойственный ему фруктовый или цветочный запах. Диэтиловый эфир в небольших количествах усиливает запах спирта, а муравьиноэтиловый и уксусноэтиловый — смягчают его.

Концентрации эфиров, в пересчете на уксусноэтиловый эфир, согласно ГОСТу на водки, не должны превышать в безводном натуральном этиловом спирте высшей очистки 30 мг/л. Содержание их в самогоне обнаруживается в пределах 698 — 1465 мг/л безводного этилового спирта. В винах содержание этиловых эфиров жирных кислот достигает 200 мг/л и более, а оксикислот — 500 мг/л. Максимальный уровень (до 1000 мг/л) эфиров определяется в хересе.

Сложные эфиры, присутствующие в этиловом спирте и алкогольных напитках, относятся, в основном, к мало — или среднетоксичным соединениям и в указанных концентрациях не оказывают негативного воздействия на организм и, по-видимому, не обладают способностью модифицировать токсическое действие этанола.

Существует еще одно малоизвестное обстоятельство. Поступление этилового спирта в организм активизирует процесс эндогенного образования высших спиртов. Так, при алкогольном опьянении слабой степени выраженности, развивающемся после употребления виски или рома, содержание изопропанола и н-пропанола в крови достигает 1,9-2,3 мг/л. Иными словами, уровень содержания эндогенно образующихся компонентов сивушного масла достигает уровня содержания тех же компонентов в водке. Аналогичным образом, после употребления алкоголя усиливается синтез эндогенного метанола. Особенно интенсивно его образование идет при употреблении пектина и пектинсодержащих продуктов. Прием этилового спирта в дозе 0,5 г/кг (вызывает слабое опьянение) сопровождается увеличением содержания метанола в крови до 28 мг/л, что лишь в 7 раз меньше уровня метанола, допускаемого ГОСТом в водках.

Если абстрагироваться от других, не нормируемых стандартом, примесей, содержащихся в этиловом спирте или алкогольных напитках, представляется вполне очевидным, что острая токсичность этилового спирта из пищевого сырья и водок, изготовленных из него, определяется, в основном, этанолом или только этанолом. Регламентируемые ГОСТом примеси, даже в концентрациях, многократно превышающих нормируемые, не способны усиливать токсические свойства алкогольных напитков. Отсюда следует, что стандарты качества и технологические регламенты не могут быть использованы в качестве критерия их безопасности.

ГОСТы выполняют другую, чрезвычайно важную функцию. Они позволяют выявить и отсеять откровенно фальсифицированную продукцию и продукцию, произведенную с нарушением технологии, т.е. некачественную. Если быть более точным, то стандарты на водки и ликеро-водочные изделия раньше выполняли эту функцию. Теперь они не в состоянии этого делать.

Недееспособность стандартов возникла тогда, когда появились технологические приемы, позволяющие производить спирты из непищевого сырья высокой степени очистки. Существует законодательный запрет на использование таких спиртов в производстве алкогольных напитков. Однако, при этом не предусмотрен инструмент, позволяющий выявлять происхождение спирта. Единственный инструмент, которым с определенной долей успеха пользуются дегустаторы, это рецепторы носа и языка. Органолептический метод анализа, доставшийся нам в наследие от доиндустриальных времен, остается единственным. О недостатках, связанных с его субъективностью, хорошо известно. В такой ситуации логичнее было бы снять существующий запрет и разрешить производство алкогольных напитков из всех спиртов, уравняв последние по размеру акциза.

Между тем, хорошо известнны методы, позволяющие идентифицировать спирты. К ним относятся методы хроматомассспектрометрии и ядерного магнитного резонанса (ЯМР). Метод ЯМР был адаптирован для данной цели известным французским химиком Жираром Мартеном и в настоящее время широко применяется в странах Европейского Содружества. Он позволяет с высокой надежностью различать спирты, получаемые из разных пищевых продуктов, целлюлозы и этилена. Более того, он является незаменимым мето-

дом контроля качества и подлинности всех алкогольных напитков. С его помощью легко устанавливают подлинность вина, сорт винограда из которого оно изготовлено, место произрастания винограда, состав купажа. Определяют, добавлялись ли до или после ферментации виноградного сока сахар, этиловый спирт и другие добавки. По-видимому, именно этот метод должен быть взят на вооружение центрами сертификации.

3.III.6. ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ТОКСИЧНОСТЬ АЛКОГОЛЬНЫХ НАПИТКОВ

Помимо водок, существует огромное количество алкогольных напитков, приготовляемых на основе этилового спирта, которые объединяют под общим названием ликеро-водочные изделия. В их состав, помимо этанола, входят другие ингредиенты, в том числе экстракты из растительного сырья. В последнее время в их рецептуры часто стали включать пищевые добавки искусственного происхождения, изменяющие аромат, цвет, вкус и консистенцию напитка. Такие добавки сами по себе или в комбинации с другими пищевыми продуктами абсолютно безвредны, а многие, в определенных дозах обладают благоприятным и даже лечебным действием. Тем не менее, остается загадкой, как ведут себя те же добавки в присутствии этилового спирта, потребляемого российским населением, нередко, в предельно допустимом количестве. Многовековой опыт традиционной и нетрадиционной медицины свидетельствует о том, что спиртовые экстракты и настойки из многих растений обладают выраженным биологическим и лечебным действием. Существует, однако, и опыт современной научной медицины, говорящий о том, что многие лекарственные средства в комбинации с этиловым спиртом начинают "вести себя" далеко не лучшим образом.

Имеется обширная информация о несовместимости многих лекарственных препаратов с этанолом. Неоднократно описаны случаи летального исхода, причиной которых было однократное употребление больным алкоголя во время проводимого курса лекарственной терапии. Смертельная концентрация этанола при одновременном приеме алкоголя и лекарственных средств, обладающих психотропным и анальгетическим действием, снижается на 30-40%. Острая токсичность этанола резко возрастает на фоне приема гормональных препаратов гипофиза, щитовидной железы, коры надпочечников и половых желез. Гипотиазид и фуросемид на фоне алкоголя нередко вызывают ортостатическую гипотонию и обмороки. Алкоголь провоцирует развитие опасных для жизни коллапсов при приеме резерпина, метилдофы и нитроглицерина. Вероятность риска развития язвы желудка и желудочных кровотечений при приеме стероидных гормонов и нестероидных противовоспалительных средств (аспирин, парацетамол) одновременно с алкоголем резко возрастает. Ряд лекарственных препаратов (фуразолидон, метронидазол, хлорпропамид, левомицетин и антибиотики цефалоспоринового ряда) оказывают тетурамоподобное действие (нарушения сосудистого тонуса, сердечной деятельности и дыхания, возникающие при употреблении незначительного количества алкогольных напитков). Поражение печени достоверно ускоряется при сочетании алкоголя с лекарствами, обладающими собственной гепатотоксичностью — изониазидом, тетрациклинами, анаболическими стероидами, пероральными контрацептивами. Наконец, этанол усиливает тератогенное действие салицилатов.

Есть все основания полагать, что в состав рецептур некоторых алкогольных напитков входят соединения, обладающие негативными эффектами в сочетании с этиловым спиртом. Перечень нетрадиционного для пищевой промышленности растительного сырья (растения и их части), разрешенного для изготовления ликеро-водочных изделий, включает 93 наименования. Ни одно из них специально не оценивалось на предмет совместимости с этанолом. Между тем, многие из входящих в перечень растений содержат сильнодействующие и токсичные природные соединения, использование которых при производстве пищевых продуктов регламентировано в ряде стран Европы в соответствии с рекомендациями Комитета Европейского Совета по здравоохранению, сделанными еще в 1973 году. К числу таких веществ относятся: бета-азарон (входит в состав эфирного масла аира болотного, копытня европейского и др. растений); синильная кислота и другие цианогенные гликозиды (присутствуют в миндале, черной бузине, косточках вишни, абрикосов, персиков и др.); кумарин (содержится в зубровке душистой, доннике лекарственном, первоцвете весеннем); гиперицин (в зверобое продырявленном и обыкновенном); пулегон (входит в состав эфирного масла ряда разновидностей мяты и других растений); туйон (входит в состав эфирного масла ряда разновидностей полыни, шалфея лекарственного, пижмы и других растений) и пр.

Экстракты многих растений содержат бета-карболины — вещества, которые угнетают активность моноаминоксидазы типа А (фермент, ответственный за метаболизм катехоламинов в центральной нервной системе) и обладают способностью взаимодействовать с рядом рецепторных структур в мозге (бензодиазепиновые и опиатные рецепторы). Благодаря этому они обладают выраженной психотропной, в том числе галлюциногенной активностью и способны потенцировать токсическое, наркотическое и аддиктивное (способность вызывать развитие зависимости) действие этанола.

В медицинской практике ряда европейских стран ограничено применение таких известных лекарственных растений, как кипрей узколистный и мать-и-мачеха — из-за гепатотоксичности, тератогенности и канцерогенности входящих в их состав пиролизидиновых алкалоидов. В нашей стране эти травы широко используются не только для медицинских целей, но и при изготовлении алкогольных напитков.

В исследовании влияния экстрактов из плодов, семян и пыльцы растений, произрастающих на Японских островах, на фармакокинетику этанола, показано, что одни экстракты повышают, а другие, наоборот, резко снижают активность алкогольдегидрогеназы печени и, соответственно, увеличивают или уменьшают скорость метаболизма этанола.

Необходимо отметить, однако, что природные комплексы некоторых растений ослабляют негативные эффекты этанола. Ярким примером такого модифицирующего действия являются фенольные соединения натуральных виноградных вин. Убедительно продемонстрирована способность экстракта из отходов винограда под названием "Каприм" ослаблять токсическое и аддиктивное действие этилового спирта.

Биологически активные природные соединения присутствуют не только в алкогольных напитках, приготовленных с использованием экстрактов растительного сырья. Например, виски "Бурбон" и пиво содержат фитоэстрогены (генистеин, даидзеин, бета-ситостерол и др.) в концентрациях, достаточных для оказания отчетливого гормонального эффекта. В пиве присутствуют биогенные амины (кадаверин, путресцин, гистамин и тирамин) в концентрациях 1 — 3 мг/л. Именно эти соединения ответственны за развитие головных болей, гипертензии и поражение почек у некоторых потребителей данного напитка. По той же причине употребление пива противопоказано больным, принимающим ингибиторы моноаминоксидазы. Из японской сакэ выделены соединения (флазин и перлолирин), относящиеся к группе бета-карболинов. В сакэ и других алкогольных напитках обнаружен этилкарбамат, который оказывает цитотоксическое действие, сходное с таковым у азотного "иприта", и обладает снотворным действием.

Исследования биологических эффектов соединений, входящих в состав алкогольных напитков, их взаимовлияния и влияния на действие этилового спирта, находятся пока в зачаточном состоянии. Сведения об особенностях комбинированного действия этанола и многочисленных пищевых добавок, входящих в состав ликеро-водочных изделий в научной литературе практически отсутствуют. Оценка токсичности вновь разрабатываемых рецептур алкогольных напитков не проводится. В связи с этим, представляют несомненный интерес подходы и принципы, которыми руководствуется санитарно-эпидемиологическая служба, контролируя безопасность этих продуктов питания.

3.III.7. ОЦЕНКА ТОКСИЧНОСТИ И КОНТРОЛЬ БЕЗОПАСНОСТИ АЛКОГОЛЬНЫХ НАПИТКОВ

Санэпидслужба России осуществляет контроль безопасности алкогольных напитков в соответствии с положениями, изложенными в документе "Медико-биологические требования и санитарные нормы качества продовольственного сырья и пищевых продуктов". Указанный документ регламентирует содержание в алкогольных напитках только некоторых тяжелых металлов (свинец, кадмий, мышьяк, ртуть, медь, цинк, железо), практически отсутствующих в этиловом спирте пищевого назначения, из которого изготавливают водки. В пиве дополнительно регламентируется содержание N-нитрозаминов.

Минеральные вещества, в том числе и перечисленные в "Требованиях", в биологически значимых количествах присутствуют лишь в винах и алкогольных напитках, изготовленных путем перегонки виноматериалов (коньяки). Результаты анализа литературных данных свидетельствуют о том, что ежедневное потребление 0,7 л вина с естественным содержанием минеральных веществ способно удовлетворить суточную потребность чело-

тивность экспертизы и установить фальсификацию напитка или его контрафакцию (т.е. незаконное изготовление — нарушение прав патентообладателя).

Подводя итог вышеизложенному, можно сказать, что законодатель дол-жен предусмотреть совершенствование патентного законодательства и процедур экспертизы объектов, относящихся к алкогольной продукции, таких как бальзамы, наливки, настойки, водки и др., с обязательным подтверждением отсутствия дополнительного вреда здоровью человека, который могут в совокупности с алкоголем нанести отдельные ингредиенты или их комбинации. Такая процедура может быть построена по аналогии с требованиями при защите штаммов, когда совместно с основным комплектом заявочных материалов заявитель должен представить документ — справку от компетентной организации, например, ВНИИгенетика, о прохождении испытаний штамма, о его свойствах и о его депонировании в соответствующей коллекции.

Вместе с тем, методы испытаний алкогольной продукции, которые установлены соответствующими ГОСТами, требуют введения новых средств анализа, предоставляемых современными достижениями науки и техники и обеспечивающих повышение точности и достоверности анализа.

Высказанные здесь предложения о необходимости совершенствования действующего патентного законодательства и процедур экспертизы объектов промышленной собственности, относящихся к алкогольным напиткам, и соответствующих ГОСТов, требуют тщательного рассмотрения, поскольку речь идет об охране здоровья человека и нации.

3.III.10 ИСТОЧНИКИ ИНФОРМАЦИИ

1. Интеллектуальная собственность. Основные материалы. Пер. с англ. ч.I, ВО "Наука", Новосибирск 1993 г. с. 76.
2. ГОСТ 131-67. Спирт этиловый-сырец. Технические условия.
3. ГОСТ 5962-67. Спирт этиловый ректификованный. Технические требования.
4. ГОСТ 5963-67. Спирт этиловый питьевой 95%— ный. Технические требования.
5. ГОСТ 5964-82. Спирт этиловый. Правила и методы испытаний.
6. ГОСТ 12494-77. Коньяки (бренди), поставляемые для экспорта. Технические условия.
7. ГОСТ 13741-91. Коньяки. Общие технические условия.
8. ГОСТ 4828-83. Изделия ликероводочные. Правила приемки и методы испытаний.
9. ГОСТ 7190-93. Изделия ликероводочные. Общие технические условия.

Патентный поверенный Российской Федерации В.М.КИСЕЛЕВ
Руководитель лаборатории токсикологии НИИ наркологии ГНЦПН Минздрава России, д.м.н. В.П.НУЖНЫЙ
Санитарный врач ЦГСЭН Л.М.ПРИХОЖАЯ

В.А. Ребриков

3.IV. О ВЛИЯНИИ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА НА ПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ В РОССИИ. ПОЗИЦИЯ РОССИЙСКОГО ПАРЛАМЕНТА, ПОЛИТИЧЕСКИХ ПАРТИЙ. ИМЕЮЩИЕСЯ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВЫРАБОТКЕ И РЕАЛИЗАЦИИ МЕР, ВЛИЯЮЩИХ НА ПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ

3.IV.1. ЗАРУБЕЖНАЯ ПРАКТИКА ЗАКОНОДАТЕЛЬНОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ

Под алкоголизмом понимается или индивидуальное патологическое состояние в результате хронического злоупотребления спиртными напитками, или социальное явление со всей совокупностью последствий, отражающихся на самом потребителе и на его потомстве. Термин "алкоголизм" предложен шведским ученым Гуссом в 1852 году.

Среди мероприятий по борьбе с алкоголизмом было выдвинуто полное запрещение продажи всех спиртных напитков или ограничение ее.

Полное запрещение было предпринято в США. Это так называемый "сухой закон", распространенный в 1917 г. на все штаты. В силу он вступил в 1919 г. Однако полное запрещение всех спиртных напитков не только не дало желательных результатов в борьбе с алкоголизмом, но привело к худшим последствиям, которые сказались уже в 1921 г. Развилось в громадных размерах тайное винокурение и контрабандный ввоз спирта и спиртных напитков. Кроме того, получили распространение высокотоксичные суррогаты и, как следствие, возросли смертность, психические заболевания и преступность. Специально учрежденная для борьбы с контрабандой алкоголя сухопутная и морская полиция, с ассигнованием на эту борьбу свыше миллиарда долларов, не могла с ней справиться.

По статистическим данным, представленным сенатором Эджем, с 1928 по 1932 г. число случаев смерти от отравлений по отдельным штатам, считая на каждые 100 тысяч человек, возросло так:

Калифорния	с	35	до	134
Коннектикут	с	14	до	63
Колорадо	с	7	до	20
Иллинойс	с	47	до	239
Массачусетс	с	7	до	269
Миссури	с	14	до	101
Нью-Джерси	с	28	до	136
Нью-Йорк	с	123	до	569
Южная Каролина	с	13	до	22
Род Айленд	с	20	до	52.

В 1925 г. в Нью-Йорке, на 6-й год существования сухого закона, смертность по сравнению с периодом, предшествующим изданию его, увеличилась на 80%. Число арестов за пьянство увеличилось в среднем в 436 городах на 77%. Тайных винокуренных аппаратов было обнаружено в одном 1924 г. 10 392 и пивоваренных — 124 734. За один лишь год (1926) штрафов за незаконную продажу спирта было взыскано на сумму 552 млн. долларов, задержано свыше 60 тыс. автомашин и свыше 20 тыс. судов, перевозящих спирт и спиртные напитки. При этом считается, что количество конфискованного спирта составляло не более 10% всего обращавшегося в стране.

В экономическом отношении, сухой закон отразился катастрофически на виноградно-винодельческой промышленности и других бродильных производствах, а также на персонале, обслуживающем их. Этот закон был отменен в 1932 г.

В некоторых северных странах (Швеция, Норвегия, Финляндия), наряду с радикальным запрещением всех спиртных напитков предпринимались частичные ограничения.

Среди злоупотреблений, связанных с ограничительными мероприятиями, можно указать на торговлю рецептами на спирт, которых в столице Норвегии за один год было выписано врачами 150 000, причем один врач успел выписать 30 000 рецептов.

В Швеции в 1914 г. действовала также система Братта, по которой водка приобреталась по карточкам, выдаваемым главе семьи (4 л водки в месяц). Уже через несколько лет

обнаружился рост количества хронических алкоголиков и ввоз контрабандного винного спирта. В Финляндии и Норвегии запрет был снят в 1919 г.

Запрещение спиртных напитков было проведено в Исландии в 1912 г., но под давлением испанских и португальских импортеров вин, грозивших отказом от закупки рыбы, это запрещение было отменено в том же 1912 г.

К этим данным можно прибавить запрещение спиртных напитков в VI веке н.э. в Китае, поведшее к распространению опиума, и запрещение вина Кораном в странах Ислама, давшее дорогу гашишу.

Как видно, радикальные запретительные меры приводят к результатам, которые противоположны ожидаемым. Поэтому, наряду с социальными и культурными мероприятиями, логически напрашивается другой путь в борьбе с алкоголизмом — вытеснение наиболее токсичных спиртных напитков менее токсичными. К последним принадлежат бродильные напитки, а среди них прежде всего — виноградное вино, которое в винодельческих странах является повседневным напитком.

Профилактические и диетические свойства виноградного вина заставляют думать, что продолжительность жизни в винодельческих местностях должна быть дольше, чем в невинодельческих. Это подтверждается и статистическими данными. Необходимо учитывать не только количество потребляемых спиртных напитков, но и какие они и каково содержание в них спирта. Так, в 100 мл водки содержится 40 мл абсолютного спирта, а в том же объеме столового вина крепостью 10% об. — только 10 мл.

Поэтому нормы потребления спирта рассчитываются на безводный спирт.

По Таирову, в 1900-1905 гг. в Италии душевое потребление абсолютного спирта в год составляло 14,13 л и превышало в 5,5 раз среднее потребление спирта в царской России (2,65 л.), между тем эксцессов алкоголизма в Италии не отмечалось. Это объясняется тем, что в Италии около 95% спирта потреблялось в виде вина. Во Франции за это же время при средней годовой норме 22,4 абс.спирта (т.е. в 8,5 раза больше, чем в России) на долю виноградного вина приходилось около 78%.

В Германии около 50% абсолютного спирта выпивалось в виде пива. В северных европейских странах потреблялись почти исключительно индустриальные спирты в виде водки и ликеро-водочных изделий. Эти страны потребляли спирта (на абс.спирт): Дания — 8,85 л, Голландия — 4,50 л, Бельгия — 4,50 л, Швеция — 4,12 л, Северная Германия – 8,2 л.

3.IV.2. ИСТОРИЧЕСКАЯ СПРАВКА ЗАКОНОДАТЕЛЬНОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ В РОССИИ

Сегодня о законодательстве, ограничивающем потребление алкоголя, так называемом "сухом законе", принято говорить не иначе как с иронической улыбкой. Всякая же попытка серьезного разговора, а тем более публичного выступления в защиту законодательного ограничения винной торговли, вызывает самые яростные нападки. Тут могут обвинить в экстремизме, в попрании прав человека и гражданина, объявить противником реформ, а то и врагом народа. И не мудрено. Это якобы красноречиво подтверждается крахом недавней алкогольной кампании и всеми историческими примерами, в частности, неудачными попытками введения "сухого закона" в России и Америке.

Сделано многое, чтобы скомпрометировать саму идею законодательного ограничения производства и, следовательно, потребления алкоголя, чтобы исказить и очернить одну из самых, может быть, замечательных страниц нашей истории, когда в течение одиннадцати лет (1914-1925 гг.) под защитой закона народ упорно преодолевал закоренелый недуг пьянства.

"Это самый величественный акт национального героизма, какой я только знаю", – так отозвался о нашем "сухом законе" известный английский деятель Ллойд Джордж.

Влияние трезвой жизни очень быстро сказалось на производстве: уже через год после введения "сухого закона" производительность труда в народном хозяйстве повысилась в среднем на 9%, а в металлургической промышленности — на 13%. Количество прогулов снизилось в среднем на 27%, в металлургии — на 43%. Не было, как угрожали враги трезвости, ни гибели пьяниц, ни винных бунтов. Огромное большинство населения легко и свободно прекратило потреблять алкоголь. Только 2,8% населения, то есть самые заядлые алкоголики, с трудом отвыкали от вина. 84% опрошенных требовали, чтобы "сухой закон" был сохранен не только на время военных действий, а навеки.

Свое мнение о том, что "сухой закон" принес народам России, убедительно выразили депутаты Государственной Думы от крестьян. Так, А.Мендельсон опубликовал в своей книге законопроект крестьянских депутатов Государственной Думы "Об утверждении на вечные времена в России трезвости". В объяснительной записке к законодательному предложению авторы пишут: "Высочайше утвержденным положением Совета Министров 27 сентября 1914 г. городским думам и сельским обществам, а положением 13 октября того же года и земским собраниям, на время войны предоставлено было право запрещать торговлю спиртными напитками в местностях, находящихся в их ведении.

Волею государя право решения вопроса, быть или не быть трезвости во время войны, было предоставлено мудрости и совести самого народа. Сказка о трезвости, этом преддверии земного рая, стала на Руси правдой, понизилась преступность, затихло хулиганство, сократилось нищенство, опустели тюрьмы, освободились больницы, настал мир в семьях, поднялась производительность труда, явился достаток" (Ф.Г.Углов "Ломехузы" Ленинград, 1991 г.).

Однако и противодействующие силы были действительно велики. Еще до объявления "сухого закона", в 1911 г., барон Гинзбург, встревоженный ростом антиалкогольного движения, в своем кругу заявил: "От поставок водки для казенных винных лавок, от промышленного винокурения я получаю больше золота, чем от всех моих золотых приисков. Поэтому казенную продажу питий надо любой ценой сохранить и оправдать в глазах пресловутого общественного мнения".

Заинтересованные лица пытались "научно" доказать, что употребление "умеренных доз" алкоголя — явление нормальное, что, например, чайный стакан сорокаградусной водки совершенно безвреден при ежедневном употреблении, но больше пить нежелательно. В 1912 г. они обратились к академику И.П.Павлову с просьбой дать заключение по проекту создания лаборатории для обоснования безвредности умеренного потребления алкоголя. Он ответил следующим письмом: "Институт, ставящий себе непременной целью открыть безвредное употребление алкоголя, по справедливости не имеет права именоваться или считаться научным... А потому кажется, что все те, кому дороги государственные средства, здоровье населения и достоинство русской науки, имеют обязанность поднять свой голос против учреждения института такого названия...". Подобный же отзыв об этой затее дал профессор А.Введенский. В результате Государственная Дума отвергла данный проект.

В период с 1924 по 1930 г., когда Председателем Высшего Совета народного хозяйства страны был Н.Рыков, активно поддерживаемый Л.Троцким, Н.Бухариным, М.Томским, Г.Зиновьевым и Л.Каменевым, удалось провести в ЦК ВКП(б) идею о "полезности" алкогольной торговли. В результате за эти 6 лет душевое потребление алкоголя через госторговлю в стране возросло в 16 раз: с 0,17 до 2,8 л в год. Ежегодный прирост составил 0,43 л в год.

В дальнейшем произошел резкий спад продажи алкоголя на душу населения — с 3,0 л в год в 1938 г. до 1,9 л в год в 1940 г. и до 1,7 л в год в 1953 г. В 1954 и 1955 гг. ежегодный прирост потребления спиртных напитков составлял 0,55 л. С 1956 по 1958 г. потребление алкоголя практически не увеличивалось. Более того, семилетним планом развития народного хозяйства СССР на 1958-1965 гг. предусматривалось снижение его производства на 15%. С появлением на посту Председателя Президиума Верховного Совета СССР Л.Брежнева эта тенденция изменилась на противоположную. Начался безудержный рост государственной продажи алкоголя — с 3,0 л в год в 1960 г. до 10,8 л в год в 1980 г.

С уровнем потребления алкоголя напрямую связаны и экономические потери. Бурный рост алкоголизации общества сопровождался столь же резким снижением темпов прироста национального дохода в СССР — с 12-11% в 1958-1960 гг. до 4,8% в 1975-1980 гг. и до 2% в 1982 г. Важно подчеркнуть, что одновременно с увеличением продажи алкоголя вырос и уровень самогоноварения, которое, по данным Б.Ц.Уранис, Ю.П.Лисицына и Н.Я.Копыт, в 1983 г. составляло 50-70% от государственной продажи. По данным профессора, доктора экономических наук Б.Искакова, ежегодные экономические потери, обусловленные потреблением всевозможных видов водки, вина и пива, составляют до 300 млрд.руб. (в ценах 1980 г.) и в 3-6 раз превышают доходы от продажи алкоголя.

Мировая история имеет аналог подобной бурной алкоголизации общества. Более 100 лет тому назад — в 1870 г. — во Франции потребление алкоголя составляло 3-4 л в год на душу населения, а уже в 1895 г. — 23 л в год. Это уже уровень физического вырождения нации, когда умирает больше людей, чем рождается. Долго в такой ситуации ни одна

страна существовать не может. Видимо, в связи с этим государство вынуждено было принять меры по снижению потребления алкоголя до 22 л в год к 1917 г. и до 18 л в год в 1980 г. Действующее законодательство Франции содержит жесткие нормы, ограничивающие рекламу и реализацию алкогольной продукции.

Данные официальной статистики показывают, что потребление спиртных напитков населения в пересчете на абсолютный спирт растет в нашей стране значительно быстрее, чем в других, в том числе и в капиталистических. Так, если в 1965 г. выручку от алкогольных напитков принять за 100%, то в 1970 г. она составила уже 157%, в 1975 г. — 214%, в 1979 г. — 225% и т.д. В результате, если с 1940 по 1979 г. население нашей страны увеличилось на 35%, то производство алкогольных напитков возросло на 740%, то есть более чем в 20 раз. С 1970 по 1979 г. численность населения выросла на 8%, производство муки и хлебо-булочных изделий — на 17%, а алкогольных напитков — на 300%, то есть темпы роста потребления алкоголя в стране в 18 раз превышают производство муки и хлеба и в 37,5 раз — темпы роста населения страны.

15 мая 1985 года вышло Постановление Президиума Верховного Совета СССР "О мерах по усилению борьбы против пьянства и алкоголизма, искоренению самогоноварения". В результате принятых мер в 1989 г. в стране реализовано водки на 37 млрд.руб. меньше, чем в 1985 г. При этом:

— в сберкассы внесено на 45 млрд. руб. больше;

— ежегодно продавалось продуктов питания (вместо наркотических ядов) на 4,5 млрд.руб. больше, чем до 1985 г.;

— безалкогольных напитков и минеральных вод продавалось на 59% больше;

— производительность труда в 1986-1987 гг. повышалась ежегодно на 1%, что давало казне 9 млрд.руб.;

— количество прогулов снизилось в промышленности на 36%, в строительстве — на 34% (одна минута прогула в масштабе страны обходится нам в 4 млн.руб.).

Итог введенных на основании Постановления 1985 г. ограничений на потребление алкоголя таков: прибыль от трезвости в 3-4 раза превышает недобор от продажи алкогольно-табачных ядов.

В 1986 и 1987 гг. у нас рождалось на 500-600 тыс. младенцев в год больше, чем в каждом из предыдущих 46 лет.

В 1986-1987 гг. умирало в год на 200 тыс. человек меньше, чем в 1984 г. В США, к примеру, такого снижения добились не за год, как у нас, а за целых семь лет. В результате за 2,5 года сохранена жизнь полумиллиона людей.

Смертность населения в трудоспособном возрасте уменьшилась в 1987 г. на 20%, а смертность мужчин этого же возраста — на 37%.

В 1986 г. смертность от несчастных случаев, отравлений и дорожно-транспортных происшествиях по вине пьяных водителей сократилась на 30%, а производственный травматизм снизился на 20% (к 1984 г.).

В 1986-1987 гг. население увеличивалось на 2,9 млн. человек в год, тогда как в 1981-1985 гг. — на 2,4 млн.

Выросла средняя продолжительность жизни, особенно у мужчин: с 62,4 лет в 1984 г. до 65 лет в 1986 г.

Потребление алкоголя продолжало снижаться. Однако ограничения на потребление алкоголя существенно задели интересы отдельных социальных групп: от торгово-криминогенных структур до высших эшелонов чиновничьей бюрократии, от "певцов" вседозволенности до финансовых учреждений, не желавших утруждать себя поиском иных средств пополнения бюджета. Все эти силы начали активную борьбу с трезвостью, апеллируя то к "народным традициям", то к "правам человека". Стали появляться публикации, в которых говорилось, что ограничения в продаже алкоголя не приносят пользы. Искусственно создавая очереди за вином, некоторые круги стремились вызвать недовольство в народе и поднять общественное мнение против сокращения его производства и реализации. Показ по телевидению "винных очередей" и даже драк в них сопровождался крокодиловыми слезами о "бедном народе", лишенном его "законного права".

Но еще в 1975 г. Всемирная организация здравоохранения сделала вывод, что без законодательных (то есть запретительных) мер все виды антиалкогольной пропаганды неэффективны.

Противодействие политике законодательного ограничения алкоголя наблюдалось в России много раньше. В связи с этим полезно вспомнить выступление некоторых депутатов Государственной Думы. Так, в 1911 г. депутат М.Д.Челышев говорил: "Есть еще противник, сильный противник, упорный противник — это печать ... Во всей России против трезвости, против желания народа отрезветь идет борьба, организованная по определенному плану, плану продуманному...".

Не менее откровенно по этому вопросу высказался другой депутат Думы — епископ Митрофан: "Здесь член Государственной Думы Челышев говорил, что противники законопроекта о борьбе с пьянством — это лица, заинтересованные в водочном производстве... Нет, главные враги не они, а те, кто боится трезвости народа, боится, что трезвый народ не пойдет за ними по пути осуществления их антинародных целей! Вот где главные враги".

К сожалению, и в конце 80-х силам, ведущим борьбу с трезвым образом жизни удалось одержать победу. Обратимся к статистике: так, например, по данным Госкомстата производство отечественной водки и ликеро-водочных изделий (в млн.декалитров) составило в 1990 году 137,5; 1991 — 154; 1992 — 151,7; 1993 — 155,8; 1994 — 100; 1995 (прогноз) — 145,1. Это составляет порядка 10 литров алкоголя на душу населения в год. Приведенные данные среднедушевого потребления алкоголя указаны без учета импортной алкогольной продукции и ее аналогов, объем которой по экспертным оценкам за 1 полугодие 1994 года по одной позиции "водка" составил около 300 млн.литров. Производство водки и ликеро-водочных изделий в 1993 году по сравнению с 1987 годом увеличилось в два раза, и составило 157 млн.дал., в то же время резко сократились выработка и розлив виноградных вин (24,9 млн.дал. против 76,1 млн.дал. в 1987 г.) и пива. И это еще не все. В представленном на рассмотрение Государственной Думы бюджетном послании, облагаемый налогами в 1995 году объем произведенной и импортированной продукции определен в 373,1 млн.декалитров (без учета контрабанды и разного рода "самоделов"). Это составляет примерно 24 литра на душу населения в год (для сравнения Россия, 1993 год — 14 литров; Финляндия — 6 литров; Швеция — 6,2 литра). А ведь по заключению Всемирной организации здравоохранения при достижении уровня среднедушевого потребления 8 литров в год наступает процесс необратимого изменения генофонда нации, то есть начинается процесс вырождения.

За период с 1983 по 1993 гг. показатели, характеризующие здоровье, среднюю продолжительность жизни, рождаемость, смертность и демографическую ситуацию в России в целом, прямо или косвенно зависели от уровня потребления алкоголя, наркотических средств и психотропных веществ. При этом наблюдалась обратная зависимость, чем ниже был уровень злоупотребления этими веществами, тем благополучнее были демографические показатели. Так в 1983-1987 гг. в России рождалось ежегодно примерно 2,5 млн.человек, а с 1988 г. по 1993 г. число родивших уменьшилось до 1,4млн.человек. Начиная с 1991 года, смертность устойчиво превышает рождаемость. С 1993 года этот разрыв составляет более 1 миллиона человек в год, имея тенденцию к увеличению. В свете приведенных данных можно констатировать тот факт, что прогнозируемый Всемирной организацией здравоохранения процесс вырождения нации при превышении критического номинала потребления алкоголя 8 л на душу населения в год в России набирает темп. Средняя продолжительность жизни сократилась приблизительно на 4 года. Резко увеличилась смертность по причинам, непосредственно связанным с алкоголем, составившая в 1993 году почти 70 тысяч человек, что в 1,7 раза больше, чем в 1990 г. Выявлена зависимость количества потребляемого алкоголя и продолжительности жизни, добавочный литр уносит 11 месяцев жизни мужчин и 4 месяца жизни женщин. Потери от злоупотребления алкоголем значительно выше потерь от преступности. Алкоголь становится мощным дегрдационным фактором, усугубляющим негативные социальные процессы. Целью антиалкогольной политики должно стать снижение потребления алкоголя.

Создавшаяся обстановка представляет реальную угрозу здоровью населения России и подрывает экономическую безопасность государства.

Только за 1 полугодие 1994 г. число смертельных отравлений в Российской Федерации превысило (в расчете на 100 тыс.населения) показатели за весь 1993 год в 1,2раза, а Коми-Пермяцком автономном округе в 1,6 раза. В республиках Карелия, Коми, Алтай, Ленинградской, Тверской, Ярославской, Пермской, Калининградской областях показатели смертности от этих причин в 2 и более раза превышают показатели по Российской Федерации.

Подобное положение сложилось в результате ослабления в предыдущие годы государственного влияния в сфере производства, импорта и торговли алкогольной продукцией, в целом утраты государственного контроля в этой сфере и отсутствия последова-

тельной политики государства в области контроля за потреблением алкогольной продукции населением страны.

Из-за отсутствия реального механизма ценообразования складываются негативные по социально-экономическим последствиям ценовые диспропорции. Так, например, рост цен на основную группу продуктов питания (хлеб, молоко и т.д.) более чем в два раза опережает рост цен на алкогольную продукцию. Водка стала наиболее доступным продуктом: если в 1990 г. на среднемесячную зарплату можно было купить 16литров, то в 1994 — 42 литра.

Необходимость введения законодательного регулирования процессов производства и реализации алкогольной продукции диктуется и обострением криминогенной обстановки. За истекшие пять лет количество преступлений на почве злоупотреблений алкогольными напитками удвоилось. За 4 месяца текущего года у преступников изъято спирта, предназначенного для изготовления суррогатов, в 7 раз больше, чем за весь 1993 год.

3.IV.3. ВЛИЯНИЕ СОВРЕМЕННОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА, РЕГУЛИРУЮЩЕГО ПРОИЗВОДСТВО И ОБОРОТ АЛКОГОЛЬНОЙ ПРОДУКЦИИ, НА ЕЕ КАЧЕСТВО И ОБЪЕМЫ ПОТРЕБЛЕНИЯ

Современное состояние российской спиртовой и ликеро-водочной промышленности связано с развалом внутреннего рынка, в связи с появлением продукции по демпинговым ценам, из-за нерациональной налоговой политики.

Происходит в течение 2-х лет устойчивое падение производства водки и ликероводочных изделий, начиная с января 1994 года. В 1996 году было выработано крепких алкогольных напитков в январе — 6,45 млн.дал., феврале — 5,32 млн.дал., марте — 5,82 млн.дал., что к аналогичным периодам 1995 года составляет соответственно 64,5; 52,5; 47,8 процентов.

Принятый Федеральный закон "О внесении изменений в Закон Российской Федерации "Об акцизах" не меняет то положение, когда объектом обложения акцизом является полная себестоимость подакцизных товаров. Такое положение требует от производителя занижения стоимости сырья, ограничения прибыли, снижения себестоимости всеми способами в ущерб качеству алкогольной продукции.

В 1995 году средняя величина акциза в расчете на 1 литр продукции составила около 4,5 тыс.руб., тогда как должна была быть выше в 1,5 раза. Величина акциза на 1 литр продукции значительно колебалась по регионам от 0,5 тыс.руб./литр до 10тыс.руб./литр.

Кроме того, в расчет себестоимости включается стоимость этикеток, колпачка для укупорки и т.п., что сказывается на увеличении отпускной цены бутылки водки до 2000 рублей и не позволяет отечественным производителям оформлять продукцию на уровне мировых стандартов. По этой причине сдерживается реконструкция алкогольных предприятий, так как лизинговые платежи за оборудование и проценты по привлекаемым кредитам входят в себестоимость продукции.

Все это говорит о несовершенстве существующей системы взимания акциза, **которая фактически стимулирует производство некачественной, низкой по цене продукции, неконкурентоспособной**. В современных условиях более логично использование фиксированных ставок акциза на единицы объемного содержания этилового спирта в конечной ликероводочной продукции. Это позволит по всей территории России устранить влияние колебаний цены исходного сырья, используемого в производстве спирта на акцизные сборы, резко ограничить возможности для недобросовестной конкуренции, упростить процедуру контроля за сбором акцизов, улучшить качество продукции.

Такой принцип заложен и в Федеральном законе "О государственном регулировании производства и оборота этилового спирта и алкогольной продукции", где "Ставки акцизов рассчитываются на единицы объемного содержания этилового спирта в алкогольной продукции" (Статья 13).

Сама процедура расчета акциза очень проста. Рассмотрим ее на условном примере:

— фиксированная ставка акциза на 1 л абсолютного алкоголя равна 30 000 руб.;

— следовательно, акциз, который должен быть уплачен за 1 литр водки (40%):

30 000 руб. x 0,4 = 12 000 руб.;

— далее, с одной бутылки водки должно быть соответственно, уплачено

12 000 руб. x 0,5 = 6 000 руб.

Такая система взимания акцизов на спирт и алкогольные изделия упростит систему расчетов между предприятиями отрасли, облегчит контроль за уплатой акцизов, сделав совершенно прозрачными все расчеты: необходимы лишь данные об объеме производства и его ассортименте.

Учитывая подготовленный проект федерального закона "О внесении изменений в Закон Российской Федерации "Об акцизах", необходимо в него внести изменения, касающиеся взимания акциза на водку и ликеро-водочную продукцию по фиксированным ставкам, в зависимости от объема содержания алкоголя в ней.

Законом "Об акцизах" вводится также акциз на спирт этиловый. Причем ставки на него устанавливаются от 60 до 80%. Ставки на спирт должны быть едиными. Разные ставки на технический ректификованный спирт и из пищевого сырья приводят к "перетеканию" технического спирта на пищевой алкогольный рынок. К тому же, понижение ставки на спирт для водки не влияет на конечный сбор акциза, так как этим законом предусматривается защитный механизм, при котором акциз на спирт зачитывается при расчете акциза на водку.

Анализ материалов, поступивших из Минэкономики, Минсельхозпрода, Госалкогольинспекции, Государственного таможенного комитета, АО "Росалко", завода "Кристалл", субъектов Федерации указывает на то, что на сегодняшний день в вопросе регулирования производства и оборота алкогольной продукции преобладают две тенденции:

1-я — чисто фискальная, то есть изъятие части доходов от данного вида деятельности любыми средствами для пополнения бюджета, как наиболее простой и эффективный способ;

2-я — стимулирование развития отрасли как перспективного долговременного источника поступления средств на социальные нужды, и в то же время переориентация производства на менее токсичные алкогольные напитки.

Сторонники 1-го подхода (ряд правительственных учреждений и ведомств) руководствуются сиюминутной выгодой, желанием доказать свою значимость и нужность. Их действия в 1993-1995 годах привели к тому, что при общем росте объемов потребления алкоголя на российском рынке с 165 млн. дал. до 250 млн. дал. (общий объем продажи около 40 млрд.долларов) производство российского алкоголя сократилось более чем наполовину и привело к утрате от 50 до 55% внутреннего рынка.

Бюджетные потери от недобора акцизов составили от 5-6 триллионов в 1993-94 гг. до 10-15 триллионов в 1995-96 гг. (с учетом ожидаемых темпов инфляции). Основной причиной подобного положения стали действия Правительства России по повышению акцизных ставок на отечественную алкогольную продукцию в конце 1993 года до 90%. Последующее снижение акцизов до 85% уже не могло исправить положения и фактически привело к сокращению легального рынка алкогольной продукции на 40%. Оставшиеся 60% рынка были распределены в соотношении: 40% — традиционные производители ("Росалко", "Кристалл" и т.п.): 2% — новые маломощные отечественные производители; 18% — импортеры (СНГ и дальнее зарубежье). В результате фактически налогооблагаемая база отечественного алкогольного рынка сократилась на 58%. Подобных примеров история не знает. Свершившееся может быть расценено только как продуманная акция по подрыву экономической мощи государства. Положение усугубляется тем, что отдельные правительственные ведомства (Министерство финансов, Госалкогольинспекция), желая найти дополнительные источники пополнения федерального бюджета, сообразуясь своими интересами, через подзаконные акты вводят лицензионный сбор, не предусмотренный законодательством о налогах, фактически являющийся фискальным налогом на производство отечественного алкоголя. Этот сбор увеличивает его себестоимость на 15-20 тысяч рублей за декалитр, что в свою очередь практически сводит на нет предпринятые ранее акцизные послабления.

Приведенные примеры и анализ динамики российского алкогольного рынка показывают, что следование тенденции "фискального" налогообложения будет только усугублять негативные тенденции на российском алкогольном рынке, усложнять процедуру сбора налогов и уменьшать налогооблагаемую базу в пользу импортеров и нелегальных производителей, стимулировать производство больших объемов некачественной и дешевой по себестоимости алкогольной продукции в ущерб здоровью граждан и формированию бюджета.

Принятие Федерального закона "О государственном регулировании производства и оборота этилового спирта и алкогольной продукции", позволило начать движение в ре-

Каждый фискально (не экономическими методами) полученный рубль бюджетных поступлений от этой деятельности оборачивается 2-3 рублями потерь ВНП, негативными демографическими и социально-экономическими явлениями.

Фискальные методы воздействия на алкогольный рынок могут применяться только как средство обеспечения исполнения закона и направления действий субъектов рынка на социально-ориентированное поведение, а также как средство, стимулирующее работу соответствующих государственных структур.

Ошибочность проводимой десятилетиями политики административно-фискального регулирования этого важнейшего сектора российского рынка убедительно показала практика последних трех лет. Достаточно было провести несколько радикальных реформаторских решений по акцизам и либерализации внешней торговли, как по интересам бюджета России, ее производителям и потребителям был нанесен сокрушительный удар, исчисляемый сотнями тысяч жизней (средняя продолжительность жизни мужчин сократилась на 6 лет) и десятками триллионов рублей, недополученных в бюджет.

Вряд ли подобное могло случиться в Италии, Франции, Германии, где вопросы производства алкоголя регулируются в основном экономическими методами и где создана гибкая конкурентная среда,позволяющая избегать резкого колебания спроса и предложения при смене политического руководства. Основа стабильности в Германии — свыше шести тысяч мелкотоварных производителей алкогольной продукции, для которых эта деятельность является стимулом по производству сельскохозяйственной продукции. В Германии фермер умудряется из тонны зерна получить товара на сумму 10 миллионов рублей и выше, а российский практически при тех же энергетических затратах — около 1 миллиона рублей, то есть в 10 раз меньше. А причина всему — все тот же пресловутый человеческий фактор, то есть экономическая заинтересованность в результатах своего труда, плюс здоровая конкурентная среда,не пораженная гигантоманией. Аналогом может послужить поражение суперсовременных советских ЭВМ перед персональными компьютерами.

Для удовлетворения потребностей российского алкогольного рынка в пищевом спирте требуется около 3 миллионов тонн зерна. Под животноводство на 1995-1996 годы закладывается порядка 17 миллионов тонн (вместо 35-40 млн.т в 1985-1990 гг.).

При соответствующей обработке зерна в процессе выгонки этилового спирта кормовая ценность полученных отходов может быть увеличена более чем в 2,5 раза, плюс при этом из одной тонны зерна получают от 300 до 370 литров пищевого спирта. Следовательно, грамотное стимулирование эффективной переработки фуражного зерна позволит более чем в два раза увеличить его кормовую ценность, сэкономить пахотные угодья или увеличить поголовье скота, плюс обеспечить потребности в пищевом спирте не только для России.

Существующие же в России заводы по производству пищевого спирта из-за больших мощностей (от 20 тонн спирта и более в смену) не в состоянии организовать эффективное использование продуктов отхода производства (барды), которая зачастую становится источником загрязнения окружающей среды.

Возможный выход в создании широкой сети мелкотоварных производств, что позволит устранить отмеченные недостатки и существенно защитить российский рынок алкоголя как от влияния извне, так и от внутренних политических потрясений.

Законодательное обеспечение формирования эффективного государственного и общественного контроля за отслеживанием процессов, происходящих на российском алкогольном рынке, должно быть направлено на выявление и подавление тех негативных тенденций, о которых говорилось выше. Не контроль ради контроля и обеспечения работой чиновника, а контроль, способствующий защите национальных, государственных интересов, обеспечивающий наиболее рациональное и эффективное функционирование алкогольного рынка на благо интересам общества и здоровью населения, а не во вред им. Деятельность контролирующих структур должна быть сориентирована прежде всего на всемерное ограничение нелегального импорта и производства крепкоградусных алкогольных напитков и сырья для их изготовления, контроль за качеством ввозимой и производимой алкогольной продукции и выявление фактов нерационального использования сельскохозяйственной продукции при производстве алкоголя.

В процессе реализации перечисленных целей в первую очередь должны быть решены следующие задачи:

1. Фиксация объема потребляемого абсолютного алкоголя в России с последующей переориентацией производства и потребления на слабоградусные напитки и постепенным уменьшением фактического объема потребляемого абсолютного алкоголя.

2. Всемерное содействие максимальному насыщению внутреннего алкогольного рынка продукцией собственного производства (не в плане увеличения спроса, а в направлении вытеснения импортируемого алкоголя), стимулирование производства крепкоградусных алкогольных напитков на экспорт за счет налоговых и таможенных льгот под поставку высокотехнологичного оборудования и т.п.

3. Ограничение импорта крепкоградусных напитков. Допуск импортеров на российский алкогольный рынок должен стать инструментом решения внешнеполитических проблем России в плане расширения экспорта аналогичных товарных групп на взаимовыгодных условиях (например, как вариант суммарный импорт алкоголя можно поставить в зависимость от аналогичного в стоимостном отношении экспорта).

Обобщая предложенное, можно сказать, что тактически грамотная реализация перечисленного через законы и подзаконные акты позволит кардинально изменить социальную направленность российского алкогольного рынка и превратит его из якобы бездонной бюджетной заначки (и как следствие этого — источника множества негативных явлений) в одно из эффективнейших средств концентрации отечественного и иностранного капитала на скорейшем решении наиболее важных социальных проблем на благо всех россиян.

В.Е.Пелипас

Л.Д.Мирошниченко

3.V. ГОСУДАРСТВЕННАЯ СТАТИСТИКА В ОБЛАСТИ ОБОРОТА И ПОСЛЕДСТВИЙ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ПРОДУКЦИИ КАК ОСНОВА ФОРМИРОВАНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ И ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА

3.V.1. ВВЕДЕНИЕ

Профилактика связанных с потреблением алкоголя медико-социальных последствий, если рассматривать их на популяционном уровне, является настолько сложной и многоаспектной проблемой, что для разработки эффективной алкогольной политики требуется целый комплекс данных, характеризующих ситуацию. Попытки решить алкогольную проблему, отталкиваясь от ограниченного числа показателей и опираясь на, соответственно, однобокие меры, часто приводили к разочаровывающим результатам.

Речь должна идти о некотором минимуме данных, позволяющем сформировать достаточно определенное представление о всех основных аспектах ситуации, в которой реализуется потребность населения в алкоголе и возникают соответствующие последствия. Необходимо также представлять уровень этих последствий и их структуру. Было бы желательно, кроме того, оценить, хотя бы приблизительно и косвенно, уровень спроса населения на алкоголь или же уровень неудовлетворенного спроса на него. Поэтому желательно использование экономических критериев.

Необходимость широкого набора исходных данных диктуется тем, что алкоголь является весьма специфичным продуктом широкого потребления, удовлетворяющим не только физиологические, но и определенные психологические и социальные потребности людей, причем, главным образом, как раз у тех, кто не имеет болезненного пристрастия к нему. Более того, исторически сложилось так, что потребление алкоголя играет определенную социальную и социально-культурную роль, нередко довольно выраженную. С другой стороны, негативные последствия злоупотребления алкоголем могут проявиться как в сфере здоровья, так и в социальной и экономической сферах.

Однако уровень современной государственной статистики в области оборота алкогольной продукции и связанных с ним последствий не только не соответствует требова-

ниям, но и ухудшается. Недостаточное внимание к этой области, в том числе финансирование приводят к тому, что сумма показателей, отраженных в документах статистической отчетности, сокращается, собираемые данные не публикуются или публикуются для ограниченного круга потребителей, и поступают в научный оборот с большим запозданием и в урезанных объемах. Таким образом, государственная статистика не отвечает основным принципам информации: доступности, достоверности и достаточности.

Всю совокупность фактов, связанных с оборотом алкоголя и его последствиями можно для краткости обозначить как "алкогольную ситуацию" (по аналогии с "наркологической ситуацией" [1]), а существующие показатели, характеризующие алкогольную ситуацию, можно сгруппировать в несколько крупных групп, а именно:

1. Предложение алкоголя (производство, продажа, цены, в т.ч. в сопоставлении с доходами населения и др.);
2. Потребление алкоголя и дифференцированные характеристики потребления (число потребляющих и воздерживающихся, структура потребления и структура потребляющих по частоте и объему потребления, социально-демографическому составу и др.);
3. Медицинские негативные последствия потребления алкоголя;
4. Социальные негативные последствия потребления алкоголя;
5. Экономическая оценка потребления алкоголя и последствий, в том числе в сопоставлении с экономической прибылью от алкогольной отрасли.

Проблема получения данных для расчета необходимых показателей, когда речь идет о крупном регионе или стране в целом, нередко представляет большие практические трудности. Это касается, прежде всего, осуществления репрезентативных выборочных обследований населения с целью оценки явлений, связанных с алкоголем. Поэтому основную часть данных, необходимых для всеобъемлющей характеристики алкогольной ситуации в стране или большом регионе, в настоящее время получают из различных видов государственной статистической отчетности учреждений и ведомств.

Структура официальной отчетности формируется постепенно, и в некотором смысле стихийно на протяжении многих лет. Она может включать данные, актуальность которых в значительной мере отошла в историю. При этом могут отсутствовать данные, остро необходимые в данный момент. Ввиду давней значимости проблем, связанных с алкоголем, российская государственная статистика включает ряд показателей, относящихся к алкогольной ситуации, такие как производство и продажа алкогольных напитков, число зарегистрированных больных алкоголизмом и др. Вместе с тем, отсутствует ряд данных, без которых характеристика алкогольной ситуации является недостаточной для разработки эффективной, научно обоснованной системы мер предупреждения и преодоления связанных с алкоголем проблем.

Неадекватное представление об алкогольной проблеме не раз приводило, в том числе и в недавнем прошлом, к неудачам очередной государственной программы действий, даже при готовности идти на затраты. В настоящем документе рассматривается, главным образом, вопрос о том, каких данных об алкогольной ситуации в России не хватает в статистической отчетности в первую очередь, и какие из них можно уже сейчас рекомендовать для включения в государственную статистику.

3.V.2. СТАТИСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ ПРЕДЛОЖЕНИЕ АЛКОГОЛЯ

Эту группу данных можно разделить на следующие подгруппы:

1) производство алкогольных напитков;
2) продажа алкогольных напитков;
3) сеть торговых точек, реализующих алкогольные напитки;
4) цены на алкогольные напитки в сопоставлении с доходами населения.

По первой подгруппе Госкомстат России располагает достаточно точными ежегодно обновляемыми сведениями по алкогольной продукции, выпускаемой отечественными государственными (или акционированными) предприятиями. Имеются данные по отдельным видам напитков (ликеро-водочные изделия, коньяк, пиво и т.д.), а также в пересчете на абсолютный алкоголь. Именно этот алкоголь отражается в отчетах торговой сети о продаже алкогольных напитков и формирует цифру душевого потребления алкоголя, сообщаемую ежегодно Госкомстатом (5,06 л в 1993 г.).

Однако известно, что это лишь часть алкоголя, потребляемого населением России. В эту цифру не входят алкогольные напитки, легально и нелегально ввозимые из-за рубе-

ка, нелегальная алкогольная и не облагаемая налогом внутренняя продукция (включая различные напитки домашнего приготовления), а также всевозможные суррогаты. В сумме весь этот дополнительный алкоголь составляет, по-видимому, не менее того объема, который указывается в официальной государственной статистике. Весьма значительны масштабы подпольного алкогольного производства. Так, в I квартале 1995 г. органы МВД России обнаружили и ликвидировали 527 подпольных алкогольных цехов, которые успели превратить в водку 30 млн. дал технического спирта [3].

Сбор данных, характеризующих объемы алкоголя, попадающего к потребителю, минуя узаконенные формы продажи, является трудной задачей. Но некоторые данные статистика в состоянии охватить. Так, можно ставить вопрос об обеспечении регулярной статистической отчетности и ее опубликовании, по такому виду оборота алкоголя, как легальный импорт, чтобы не довольствоваться только экспертными оценками. Это существенно повысило бы величину статистически измеряемого в данное время потребления алкоголя населением. Источником необходимых данных могла бы быть информация, полученная из торговых ведомств, таможенной службы, налоговой инспекции и административных структур, ведающих выдачей лицензий.

Регулярно обновляющиеся сведения о сети торговых точек, реализующих алкогольные напитки, включая заведения общепита, становятся еще более важными для представления об алкогольной ситуации в настоящее время, когда торговая сеть претерпела изменения. Задача сбора данных по числу, структуре и удельному весу различных торговых заведений в пересчете на определенное число жителей (например, 1000) сильно усложнилась ввиду многочисленности и слабой контролируемости мелких частных торговых точек. Тем не менее, статистику по алкогольной торговой сети могли бы обеспечить региональные торговые управления, представляя эти сведения в Госкомстат России.

Сведения о ценах алкогольных напитков в динамике особенно значимы, во-первых, в связи с появлением свободы частной собственности и рынка и, во-вторых, в связи с инфляцией. Госкомстат России занимается ценами, однако в его отчетах цена алкоголя дается одной строкой без какой-либо расшифровки по типу напитков, виду торговых завдений и т.д.

Госкомстат включает в свою деятельность и разработку сведений о доходах населения, но также недостаточно дифференцированную. Дифференцировка, в том числе по социальным группам, необходима для сопоставления цен алкогольных напитков с доходами. Это позволит судить о возможностях удовлетворения спроса за счет легальных источников алкоголя.

3.V.3. СТАТИСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЬНЫХ НАПИТКОВ

Практически невозможно разработать конкретные показатели и соответствующие формы регулярной статистической отчетности, которые обеспечили бы охват всего объема алкоголя, потребляемого населением России. Придется использовать экспертные оценки, результаты выборочных обследований, данные правоохранительных органов по пресечению незаконного оборота алкоголя, а также и различные научные, спорные методики косвенных оценок, основанные, в частности, на данных о смертности от цирроза печени [6], или насильственных причин [5].

До 1990 года в Госкомстате России выполнялись расчеты потребления самогона на основе закупок сахара населением и выборочных исследований семейного бюджета. По этим расчетам, в 1987 г., когда государственную продажу алкогольных напитков в России сократили до самого низкого уровня (3,9 л абс. алкоголя на душу населения), потребление самогона составило 6,1 литров [5].

После 1989 года данная методика потеряла силу из-за перебоев в снабжении сахаром и введения его рационирования, а после 1991 года, — в связи с тем, что резко возросшая цена сахара при относительно низкой цене водки сделала изготовление самогона из сахара невыгодным. Есть основания полагать, что и в обозримой перспективе динамика потребления сахара населением не сможет быть надежным показателем уровня самогоноварения. Тем не менее, в некоторых местностях самогоноварение остается заметным, особенно там, где могут быть использованы другие пищевые продукты: зерно, картофель, яблоки, томаты и т.д. Объем этого самогона оценить еще труднее, чем самогона из сахара.

Если учесть все виды алкоголя, как в сфере легального, так и нелегального оборота, и сопоставить все косвенные и экспертные оценки, то суммарное потребление алкоголя

населением значительно превысит цифры официальных данных Госкомстата России по продаже алкоголя населению, и оно составит не менее 10 — 11 л абсолютного алкоголя на душу населения в год, а по некоторым оценкам — более 14 л [5].

Последняя цифра представляется завышенной, и наиболее вероятный уровень душевого потребления алкоголя в России в настоящее время, по нашей оценке составляет 11 — 12 литров, что совпадает с другими оценками [12].

Последствия потребления алкоголя в популяции зависят не только от среднедушевого уровня потребления, но и от формы и условий потребления, структуры потребляющих по социально-демографическому составу, и структуры потребляемого алкоголя по видам напитков. Обычно такие сведения получают в результате выборочных обследований населения. Но ввиду важности этих сведений в ряде стран соответствующие вопросы включаются в анкету общенациональных опросов населения, проводимых регулярно государственными статистическими органами. Например, в США в анкету регулярных социологических опросов взрослого населения (раз в два года) включают вопросы о среднесуточном количестве потребляемого алкоголя либо о количестве алкоголя, принимаемого за один эпизод и частоте таких эпизодов. Более того, в США вопросы об отношении к употреблению алкоголя включаются и в листы переписи населения, в результате чего удается прослеживать, как меняется удельный вес воздерживающихся от алкоголя, и среднее количество реально потребляемого алкоголя в расчете на одного пьющего или на одного жителя [7].

В отечественной практике переписей подобные вопросы ни разу не включались в опросные листы. Конечно, стоимость включения каждого пункта в такой документ весьма велика, но очевидна значимость характеристики пьющего контингента. Речь идет о подавляющем большинстве населения, и отсутствие такой информации может обернуться крупными экономическими и моральными потерями из-за неверно ориентированных мер государственной алкогольной политики. Очередную перепись населения России планируется провести в 1999 году, и еще есть время поставить вопрос перед Госкомстатом России о включении пункта о потреблении алкоголя в анкету, если не сплошной переписи, то выборочной переписи по расширенной анкете.

Есть еще один путь получения представления о составе пьющих и непьющих усилиями Госкомстата: выборочные посемейные обследования, проводящиеся Госкомстатом регулярно. В них оценивается потребительское поведение семей и их бюджеты, в том числе расходы на алкоголь, и было бы вполне уместно включить вопросы об объеме и частоте выпивок, преодолев методические трудности отнесения таких вопросов к отдельным взрослым членам семьи.

3.V.4. СТАТИСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ МЕДИЦИНСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ

Нынешнее статистическое обеспечение данных по этой группе представляется наиболее подробным и всеохватывающим, по сравнению с другими. Но остаются проблемы качества этих данных и полноты выявления всех характеристик того или иного явления.

Обязательная статистическая отчетность медицинских, судебно-медицинских и правоохранительных учреждений и ЗАГСов включает данные, по которым рассчитываются следующие показатели медицинских последствий употребления алкоголя:

1. Заболеваемость и болезненность алкоголизмом;
2. Заболеваемость и болезненность алкогольными психозами;
3. Смертность от алкогольных психозов;
4. Смертность от алкогольного цирроза печени;
5. Смертельный травматизм, связанный с употреблением алкоголя;
6. Смертность от отравления алкоголем и его суррогатами;
7. Смертность от других несчастных случаев и насильственных причин (убийства, самоубийства и др.), связанных с употреблением алкоголя.

Имеющиеся формы отчетности позволяют многие из этих показателей рассчитать отдельно для различных групп населения. В частности, болезненность алкоголизмом или алкогольными психозами может быть рассчитана отдельно для городских и сельских жителей, мужчин и женщин, подростков и даже детей.

Основным недостатком этих данных является их неполнота, имеющая различные причины: трудности выявления больных и потерпевших, их низкая обращаемость в медицинские учреждения, а также — недостатки диагностики. Очевидно низкое качество диагностики алкогольного цирроза печени как причины смерти. Алкогольная этиология цирроза печени в России устанавливается лишь в 5-7% от всех случаев цирроза печени, в то время как в западных странах алкогольную этиологию этого заболевания обнаруживают в 60-80% случаев. Какова в России реальная доля умерших от алкогольного цирроза печени среди всех случаев смерти от цирроза печени и какова его распространенность, — невозможно сказать даже ориентировочно.

Зарегистрированные больные алкоголизмом тоже составляют лишь часть больных, имеющихся в населении. Благодаря относительной стабильности работы наркологической службы, можно полагать, что регистрируется примерно 40-50% от имеющихся в населении больных алкоголизмом, почти все больные алкогольными психозами. Поэтому показатели заболеваемости и болезненности алкоголизмом являются достаточно надежными для прослеживания динамики ситуации в целом по стране и для сравнения региональных особенностей.

Недостаточно надежны данные, сообщаемые Госкомстатом России о числе смертей в состоянии алкогольного опьянения. Основная причина — не столько недостатки диагностики, сколько снижающийся в последние годы удельный вес патологоанатомических исследований при насильственных видах смерти, а также стремление родственников потерпевших и других лиц скрыть алкогольную подоплеку события, чтобы избежать возможных правовых и социальных последствий. Нередко в заполняемых в Бюро судебно-медицинской экспертизы свидетельстве о смерти и акте вскрытия, алкогольная часть диагноза выпадает из первого документа. А ведь именно свидетельство о смерти является источником информации для Госкомстата [5].

Таким образом, на данном этапе нет нужды расширять перечень обеспечиваемых статистикой показателей медицинских последствий злоупотребления алкоголем. Более актуально и достижимо повышение надежности данных; при этом, в зависимости от характера показателей, требуются разные подходы.

Что касается заболеваемости и болезненности алкоголизмом, заметное улучшение охвата больных статистикой вряд ли реально за счет более активной постановки больных на диспансерный учет. Всегда будет существовать временной лаг между началом заболевания алкоголизмом и постановкой диагноза в наркологическом учреждении. В 70-х — начале 80-х годов благодаря укреплению наркологической службы этот лаг сократился с 10-12 лет до 4-5 лет. Дальнейшее его сокращение становится невозможным (даже если удвоить количество врачей в наркодиспансерах). Но здесь имеется не использованный резерв: пациенты, получающие наркологическую помощь в кабинетах анонимного лечения. Их количество с каждым годом растет, при стабильном числе состоящих на диспансерном учете. Необходимо и вполне возможно в ближайшее время разработать и внедрить процедуру учета в общей численности больных алкоголизмом тех пациентов из названных кабинетов, у кого диагноз алкоголизма не вызывает сомнения, не нарушая при этом принципа анонимности.

Труднее обеспечить более точную и полную диагностику алкогольных циррозов печени. Здесь налицо не только организационные и технические проблемы, но и необходимость повышения диагностической грамотности патологоанатомов. При этом уменьшается количество вскрытий, несмотря на наличие строгих юридических оснований к их производству.

Не менее трудным является также повышение полноты регистрации потребления алкоголя в случаях смерти от травм, отравлений, убийств и других насильственных причин. Предстоит не только организовать более четкую работу лиц, заполняющих документы, но и урегулировать потенциальную социально-правовую конфликтность и интересы вовлеченных сторон (родственников, правоохранительных органов, страховых организаций, работодателей). Этот вопрос, нуждается в безотлагательном правовом урегулировании, поскольку прием алкоголя в этой группе смертей отмечается в 50-60% случаев.

3.V.5. СТАТИСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ СОЦИАЛЬНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ

Эта группа охватывает ряд показателей, для которых источником статистических данных является, главным образом, отчетность правоохранительных ведомств. Ряд этих показателей входит в сводные данные на уровне Госкомстата России, другие остаются в сводках ведомств, в частности, МВД России.

туации. Роль алкоголя рассматривалась с позиции только негативных последствий потребления, а спрос населения на алкоголь объяснялся как дань дурным привычкам и традициям. Поэтому способы воздействия на спрос имели упрощенную и искаженную основу, сутью которой была опора на преимущественно ограничительные, запретительные и репрессивные меры. Эта позиция специалистов и управленцев, участвующих в формировании и реализации государственной алкогольной политики, неоднократно доказывала свою несостоятельность. Однако и теперь повисают в воздухе высказывания отдельных специалистов о том, что спрос населения на алкоголь имеет гораздо более глубокую природу, чем принято считать, и не может сводиться к простой сумме потребностей отдельных индивидуумов, трактуемых на уровне психологии и биологии личности.

Трактовка потребности в алкоголе на уровне личности страдала односторонностью, сводясь, главным образом, к патологии влечения. Игнорировался положительный компонент действия алкоголя: снятие напряжения, выравнивание эмоционального фона, облегчение общения, сглаживание остроты стресса и др. Не принималась во внимание роль эндогенного этанола в организме, которая до сих пор изучена недостаточно. Игнорировалось кардиопротекторное действие умеренных доз алкоголя, пищевые свойства алкогольных напитков и т.п.

Еще менее изучена позитивная роль алкоголя на популяционном уровне, то есть социальный выигрыш от определенного уровня потребления алкоголя, который можно предполагать, анализируя взаимоотношение различных обществ (прежде всего, европейских) с алкоголем в культурно-исторической ретроспективе. Современный уровень спроса населения на алкоголь в наиболее благополучных странах (социально и экономически) сложился, в большой мере как результат длительной эволюции, независимо от наличия или отсутствия активной государственной антиалкогольной политики в той или иной стране. В связи с этим можно говорить о некоем условном "стандартном" уровне потребности в алкоголе, к которому объективно тяготеет современное цивилизованное общество, несмотря на достаточно высокий уровень потенциального ущерба, сопряженного с алкоголем [16].

Таким образом, при объективном научном подходе, вне влияния политической конъюнктуры, разрабатывая стратегию действий по снижению негативных последствий потребления алкоголя, следовало бы оценить и его суммарный положительный эффект, а также условия, при которых этот эффект наиболее выражен. Наиболее правильной была бы, очевидно, следующая формулировка задачи: минимизация негативных последствий потребления алкоголя с учетом спроса населения на алкоголь. Даже если ни при каких условиях положительный эффект алкоголя не превышает негативный, то это еще не значит, что можно не считаться с объективно существующей потребностью общества в алкоголе, за удовлетворение которой (как, впрочем, и целого ряда других потребностей) общество платит определенными потерями. На сегодняшний день индикаторами спроса населения и отдельных его групп на алкогольные напитки могли бы служить данные предметных социологических опросов, выявляющих соотношения в обществе абстинентов (трезвенников), умеренных потребителей и злоупотребляющих, данные бюджетно-семейных исследований, а также данные о сезонных и прочих календарных колебаниях объема розничной продажи алкоголя и др.

Для разработки этой стороны алкогольной проблемы требуется, естественно, соответствующая не только фактологическая, но и статистическая информация. Однако, пока не ясно, сбор каких дополнительных данных и из каких источников могли бы обеспечить официальные статистические структуры. Расширение исследований на эту тему не терпит отлагательства.

3.V.8. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ алкогольной ситуации в стране и ее динамики является сложной задачей и нуждается в обеспечении разносторонней, регулярной и надежной статистической информацией. Дефицит информации может быть источником просчетов при принятии государственных решений в области алкогольной политики. Для преодоления этой опасности государственная статистика следует:

1) быть деидеологизирована;

2) обслуживать не только власть, но и все общество;

3) отвечать требованиям доступности, достоверности и достаточности заложенной в ней информации;

4) включать обязательный минимум постоянных ежегодных отчетных показателей и согласованный набор переменных данных, собираемый с определенной периодичностью путем социологических опросов населения, желательно не реже, чем один раз в два года.

Исполнительной власти следует изменить отношение к государственной статистике в области оборота алкогольных напитков и последствий в направлении:

а) укрепления кадров органов и учреждений статистики;

б) повышения их финансово-материального обеспечения;

в) повышения роли статистической информации в принятии государственных решений в сфере алкогольной политики.

Существующую сумму показателей, характеризующих алкогольную ситуацию в стране и регионах следует сохранить, расширить и усовершенствовать.

Необходимо, как минимум, дополнить систему сводных отчетных данных на уровне Госкомстата сведениями:

— о легальном импорте алкогольных напитков (источник получения информации: а) органы и предприятия торговли; б) таможенные органы; в) налоговая полиция; г) лицензионные органы Госалкогольинспекции; д) данные по продаже акцизных марок);

— о числе, структуре, форме торговли и объемах продаж различных торговых точек, реализующих алкогольную продукцию (источник информации: данные территориальных органов торговли);

— о частоте зарегистрированных случаев нелегальной торговли и ее объемов, включая торговлю с рук (с машины) (источник информации: данные территориальных органов внутренних дел, МВД и ФСБ);

— о ценах на алкогольные напитки, включая нелегальные, в динамике, дифференцированные по видам напитков и торговли (источник информации: данные органов торговли и органов внутренних дел);

— об удельном весе расходов населения на алкогольные напитки среди своих потребительских расходов на продовольствие (источник информации: опросы населения в рамках исследований, приводимых Госкомстатом);

— о реальном количестве случаев алкогольного цирроза печени и смертности по этой причине (источник информации: органы здравоохранения);

— о количестве насильственных смертей в состоянии алкогольного опьянения (источник информации: данные органов внутренних дел и учреждений судебно-медицинской экспертизы);

— о структуре потребителей алкогольных напитков (в том числе об их социально-демографическом составе), о структуре потребляемых напитков и частоте их потребления (источники информации: а) перепись населения; б) регулярные социологические исследования Госкомстата);

— о ценах и объемах оказания наркологической помощи (источник информации: данные налогово-финансовых органов).

Анализ системы официальных статистических показателей, характеризующих алкогольную ситуацию в стране, в сравнении с итогами реализации различных вариантов российской алкогольной политики в течение последних десятилетий приводит к убеждению о недостаточной эффективности использования данных статистики, и ее ограниченной роли в процессе принятия государственных решений в этой области. Повышению роли статистических данных могло бы содействовать выделение всей "алкогольной статистики" в отдельную информационную группу на уровне федерального органа государственной статистики и ее ежегодная публикация отдельным изданием.

3.V.9. ЛИТЕРАТУРА

1. Пелипас В.Е., Калачев Б.П., Чернявский В.М. и др. "Разработка модели описания и сравнительной оценки наркологической ситуации" (Научный отчет) — М., ГНЦ наркологии, 1992. — 58 с.
2. Справка "О борьбе с алкоголизмом в России" к проекту Федерального закона "О государственном регулировании производства и оборота алкогольной продукции" — М., Гос. Дума, 1995. — 8 с.
3. Материалы обсуждения законопроекта "О государственном регулировании производства и оборота алкогольной продукции" на заседании экспертной группы 17.05.95 г.
4. Заиграев Г.Г. Общество и алкоголь. — М., 1992. — 200 с.
5. А.В.Немцов. Алкогольная ситуация в России / Доклад по политике в области общественного здоровья N 2 Серии "Здоровье для всех — все для здоровья в России" под ред. А.К.Демина. Российская Ассоциация общественного здоровья, Фонд "Здоровье и окружающая среда". М.,1995. — 126 с.
6. Пелипас В.И., Чернявский В.М., Калачев Б.П. "О некоторых косвенных методах оценки распространенности алкоголизма в популяции" 11 Вопр. наркологии. — 1990. — N 3. — с. 50-54.

нена к 2778 нарушителям антиалкогольного законодательства. Подобная административная практика не только заметно повысила показатели взыскиваемости штрафов (до 79% против 64% по стране), но и заметно уменьшила число лиц, повторно в течение года доставляемых в медицинские вытрезвители, а также благотворно сказалась на криминальной обстановке в целом. Например, количество преступлений в состоянии опьянения за полугодие уменьшилось на 22% (по стране на 1,0%), "пьяная" преступность на улицах — на 6,5%. Число подростков, совершивших преступления в пьяном виде сократилось на 27,8% (по стране на 1,3%). Улучшению ситуации с преступностью среди несовершеннолетних во многом способствовала развернувшаяся в Республике активная работа по выполнению принятого в феврале с.г. решения Правительства "О мерах по предупреждению пьянства, наркомании и токсикомании среди несовершеннолетних". За 6 месяцев т.г. органами внутренних дел совместно с другими государственными и общественными организациями Республики Татарстан было проведено 763 мероприятия профилактико — воспитательного характера, в том числе меры по выявлению подростков, находящихся в состоянии опьянения в общественных местах (таких оказалось 908), а также лиц, вовлекающих в пьянство (328 чел.). В отношении 714 родителей были применены меры административного наказания и т.д.

В целях стабилизации и ослабления остроты алкогольно — криминальной обстановки в стране, снижения уровня противоправных проявлений на почве злоупотребления алкоголем необходимо от имени Форума:

1. Ходатайствовать перед Государственной Думой Федерального Собрания об ускорении принятия Федеральных законов "О социальной реабилитации хронических алкоголиков", "О социальной профилактике", "Об оказании специальной помощи лицам, находящимся в состоянии опьянения".
2. Войти в Правительство Российской Федерации с предложениями:

— о создании на всех уровнях государственной власти по аналогии с прежними комиссиями по борьбе с пьянством органов, осуществляющих координацию и контроль за усилиями государственных органов и общественных организаций по профилактике и противодействию пьянству и алкоголизму;

— о разработке мер по усилению специального и административного контроля за лицами, злоупотребляющими алкоголем;

— о разработке научной концепции государственной алкогольной политики — необходимой основы подготовки реальной программы практических действий по стабилизации алкогольно — криминальной обстановки в стране;

— выступить с законодательной инициативой по разработке единого Закона "О борьбе с пьянством и алкоголизмом" четко определяющего: цели и задачи данного вида деятельности, этапы, средства и методы их осуществления; функции различных государственных органов и социальных институтов в реализации стратегии и тактики противоалкогольной деятельности; меры, закрепляющие организационное, научно — информационное, материально — финансовое обеспечение работы по профилактике и преодолению пьянства и алкоголизма.

3. Обратиться в региональные и местные органы власти с призывом:

— о более активном использовании предоставленного им Федеральным законом "О государственном регулировании производства и обороте этилового спирта, алкогольной продукции" права вводить определенные ограничения в продаже спиртных напитков;

— принять дополнительные меры по оказанию правоохранительным органам материально — финансовой помощи в работе по усилению борьбы с правонарушителями на почве злоупотребления алкоголем, по привлечению ответственности к профилактико-воспитательным мероприятиям в этой сфере.

Е.А.Кошкина

В.М.Гуртовенко

И.Д.Паронян

А.З.Шамота

3.IX. ПОСЛЕДСТВИЯ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ ДЛЯ ЖЕНЩИН, ПОДРОСТКОВ, ДЕТЕЙ И СЕМЬИ

3.IX.1. ВВЕДЕНИЕ

Рост производства и потребления алкоголя во многих странах мира, в совокупности с увеличением доходов населения, урбанизацией, интенсификацией нервно-психической деятельности обусловил возрастание числа больных алкоголизмом, начиная с послевоенных лет в 50 раз и более.

Данные медицинской статистики, основывающиеся на отчетах наркологических учреждений, показывают, что актуальность проблемы пьянства, алкоголизма и наркоманий в России на современном этапе возросла, а попытки ее решения остаются неудовлетворительными.

Показатель заболеваемости алкоголизмом был самым высоким в 1985 г. (266 случаев на 100 тыс.населения). В 1992 г. он был наименьшим и составил 39% от уровня 1985 г. (103 на 100 тыс.населения). В последние 4 года показатель вновь возрос — до 155,6 на 100 тыс. в 1995 г., увеличившись по сравнению с 1992 г. на 45%. Уровень болезненности алкоголизмом имеет те же тенденции.

На конец 1995 г. общее количество зарегистрированных больных с зависимостью от алкоголя составило 2 млн. 406 тыс 455 человек или 1626,7 на 100.000 населения.

О неблагополучных тенденциях свидетельствует и анализ структуры заболеваемости алкоголизмом. Так, удельный вес I стадии болезни среди первичных больных в 1992 — 1995 гг. сократился с 19,7 до 12,1%, а удельный вес II стадии увеличился с 79,4 до 86,3%. Удельный вес III стадии увеличился с 0,9% в 1992 г. до 1,5% в 1995 г. Это свидетельствует о более позднем обращении больных за помощью. Увеличение числа госпитализаций больных, прежде всего с диагнозом "алкогольный психоз" в 2,6 раз также свидетельствует об утяжелении течения и росте общего числа больных алкоголизмом в 1995 г.

Распространенность алкоголизма в России в том же году имеет значительные региональные различия. Заболеваемость на Чукотке — 424,2 и Дагестане — 42,4 на 100 тыс. населения, различается почти в 10 раз. Заболеваемость алкоголизмом в 40 территориях России выше, чем в среднем по стране (160,5 на 100 тыс.населения), причем в ряде территорий в 1,5 — 2 раза. Первое ранговое место занимает Чукотка, второе — Магаданская область, третье — Сахалинская (253 на 100 тыс.населения)[1,2].

При этом наркологическая служба системы здравоохранения продолжает сокращаться. По сравнению с 1992 г. общее число наркологических диспансеров в 1995 г. уменьшилось на 13%, общее число наркологических коек — на 25%.

Таким образом, несмотря на то, что официальная статистика дает неполную картину явления, ее данные иллюстрируют напряженность ситуации в России. По мнению экспертов, прогноз ситуации на ближайшие несколько лет является неблагоприятным. В частности, ожидается, что заболеваемость алкогольными психозами будет оставаться на высоком уровне. Иначе говоря, будет происходить накопление больных с наиболее тяжелыми формами алкоголизма, а также дальнейшее изменение пропорций числа больных, которые реально получают лечение. Возможно дальнейшее возрастание количества больных, пролеченных анонимно, а также предпочитающих альтернативные методы лечения.

Можно прогнозировать также рост соматических расстройств, связанных с хронической алкогольной интоксикацией (алкогольные циррозы и т.д.). При этом удельный вес тяжелых форм алкоголизма и сопутствующих заболеваний будет тесно связан с уровнем оказания медицинской помощи этой категории больных.

Алкоголизм — заболевание, имеющее выраженный социальный характер, и, следовательно, в условиях сегодняшней социальной нестабильности в обществе дальнейшее рас-

пространение алкоголизма будет сопровождаться не только обострением медицинских последствий алкоголизма, но и может принять уродливые формы в социальном плане. Круг медицинских и социальных последствий алкоголизма чрезвычайно широк. В частности, важнейшими социальными последствиями распространения алкоголизма являются нарастание числа женщин, больных алкоголизмом; изменение внутрисемейных отношений, обусловленное алкоголизмом, и, наконец, вовлечение в "алкогольные" проблемы детей и подростков.

3.IX.2. АЛКОГОЛИЗМ И СЕМЬЯ

Рост потребления алкоголя в годы, предшествовавшие выходу известных постановлений, совпадает с увеличением числа разводов. В течение двух десятилетий один развод приходился на 30 браков, а с начала 90-х годов один развод — на 3 брака. При этом пьянство явилось причиной каждого седьмого развода. Но еще важнее, видимо, пьянство как косвенная причина развода, особенно в случае "физических оскорблений", "супружеской измены", "не сошлись характерами", "вынужденная разлука" и др. "Алкогольная составляющая" может быть найдена в каждой из перечисленных групп причин разводов.

Дезорганизующее влияние пьянства на семейную жизнь и воспитание детей многообразно [3].

Обычно больной, страдающий алкоголизмом, живет в семье — либо в родительской, либо в им созданной, с супругой и детьми. Болезнь одного из членов семьи нарушает внутрисемейные взаимоотношения. В этих нарушениях имеется закономерность, уже достаточно изученная и потому предсказуемая. Поскольку страдают все члены семьи больного, то алкоголизм в настоящее время рассматривается как семейная болезнь. Исследованиями показано, что у большинства членов семей больных алкоголизмом, совместно проживающих с больным не менее 2 лет, обнаруживают нарушения, которые теперь обозначают термином "созависимость". Основные признаки созависимости: низкая самооценка, компульсивное желание контролировать жизнь других, желание спасать других, постоянно концентрируя мысли на предмете своей зависимости, т.е. на больном родственнике, отрицание своих собственных проблем, утрата контроля как над поведением больного, так и над собственными чувствами, над всей своей жизнью и др. Созависимость является почвой для возникновения психосоматических заболеваний. Поэтому жены больных алкоголизмом, матери, взрослые дочери часто страдают депрессиями, гипертонической болезнью, язвенной болезнью, головными болями и др., часто употребляют транквилизаторы [4].

Созависимость существенно редуцируется при систематическом лечении. В НИИ наркологии разработана программа групповой психотерапии созависимости. Эта программа успешно апробирована и применяется на базе наркологического диспансера N 9 г.Москвы. Среди тематики групповых дискуссий: "Родительская семья созависимых","Контролирующее поведение", "Идентификация чувств", "Границы личности"и другие. Заканчивается программа занятием на тему "Я имею право...". Хорошее закрепление результатов лечения дает посещение групп Ал-Анон. Медикаментозное лечение назначается только при наличии показаний, например, клинически выраженной депрессии.

Наличие алкоголизма или другого вида химической зависимости у одного родителя и созависимости у другого обязательно формирует дисфункциональную семью, в которой страдают дети. Жизнь в дисфункциональной семье приводит к тому, что дети неизбежно берут на себя так называемые роли выживания: герой семьи, козел отпущения, потерянный ребенок, талисман. Дети больных алкоголизмом, как и другими формами химической зависимости, представляют собой группу высокого риска развития аналогичного заболевания. По данным НИИ наркологии, 65-80% сыновей и 15-20% дочерей больных алкоголизмом отцов по достижении зрелого возраста сами заболевают алкоголизмом и наркоманиями.

Детей больных алкоголизмом называют группой "множественного риска". Помимо химической зависимости у них с повышенной частотой обнаруживаются и другие психопатологические нарушения, характер которых зависит от возраста ребенка и от его пола: часты депрессии среди взрослых дочерей, отклоняющееся поведение мальчиков-подростков.

Если взрослые члены семей могут найти себе помощь в ряде диспансеров и реабилитационных центров, то организация помощи детям является задачей на будущее.

При этом, как свидетельствуют многочисленные исследования, важнейшим фактором, утяжеляющим психическое здоровье семьи в целом и затрудняющим лечение, является алкоголизм матери.

3.IX.3. АЛКОГОЛИЗМ У ЖЕНЩИН

Процесс возрастания числа больных алкоголизмом в последние десятилетия не обошел женщин, получивших большую экономическую и морально-психологическую независимость. Распространенность алкоголизма среди женщин резко возросла.

Определение распространенности алкоголизма среди женщин представляется сложной задачей, вследствие отсутствия объективных критериев выявления больных.

В России в 1995 г. состояло на учете в наркологических диспансерах на конец года 328967 женщин, что составило 419,3 на 100 тыс.женщин. Доля женщин среди всего контингента больных алкоголизмом составляет 13,6% (в 1991 — 12,8%), а соотношение мужчин и женщин составляет 6 : 1 (в 1991 г. — 9 : 1). Наибольшее число больных женщин, состоящих на учете на конец года, отмечалось в 1987 г., и составляло 491,3 на 100 тыс. До 1991 г. этот показатель имел тенденцию к снижению, а затем начал расти и эта тенденция сохраняется и в 1995 г. (рис.3.IX-1). Следует отметить, что изменение вышеназванного показателя в первую очередь обусловлено изменением числа больных алкоголизмом женщин с впервые в жизни установленным диагнозом. Наибольший уровень данного показателя был выявлен в 1985 г., т.е. в год принятия известных антиалкогольных постановлений. Однако к 1992 году частота распространенности зарегистрированной заболеваемости алкоголизмом среди женщин сократилась в 2 раза. Как показали исследования последних лет, это не значит, что больных стало меньше, просто сказалась отмена принудительного выявления и направления на лечение. В 1993 г. показатель вырос в 1,5 раза и тенденция роста продолжается. Уровень заболеваемости в 1995 г. составил 50,0 на 100 тыс. женского населения (рис.3.IX-2).

Уровень распространенности алкоголизма среди женщин имеет значительные региональные различия, в 20 и более раз (Чукотский автономный округ — 1297,0; Камчатская обл. — 1025,9; Магаданская обл. — 964,2; Республика Дагестан — 32,9; Северная Осетия — 79,0 на 100 тыс.женщин). Проведенный анализ свидетельствует о высоком уровне алкоголизма среди женщин. В 43 субъектах Федерации число женщин, состоящих на учете в наркологических диспансерах, превышает средний по России уровень (419,3 на 100 тыс. женщин) причем в 10 субъектах — в 1,5 раза.

Аналогичные тенденции выявляются и при анализе показателей, характеризующих больных, впервые обратившихся за помощью. В 37 субъектах Федерации данный показатель выше чем средний (50,0), причем в 13 из них — более чем в 1,5 раза. Максимальные и минимальные величины различаются более, чем в 50 раз (Чукотский авт.округ 149,6; Магаданская обл. — 121,8; Республика Дагестан — 2,5; Северная Осетия — 6,6 на 100 тыс. женщин). Таким образом, из 11 экономических районов России в 6 выявляется более высокая, по сравнению со средним уровнем в России, распространенность алкоголизма среди женщин (Северный, Северо-Западный, Центральный, Волго-Вятский, Западно-Сибирский и Дальневосточный).

Таковы статистические данные, однако, как уже было отмечено, определение действительного уровня распространенности алкоголизма у женщин затруднено.

Так, известно, что женщины скрывают свои алкогольные проблемы. Однако это недостаточно учитывается в эпидемиологических исследованиях.

По-видимому, следует фиксировать объективные доказательства злоупотребления алкоголем. Одно из них — попадание в медвытрезвитель. По выборочным данным, среди жителей Москвы соотношение женщин и мужчин, доставленных туда, составляет 1:32, а обслуженных "Скорой медицинской помощью" в состоянии опьянения — 1:6.

Один из важнейших индивидуально-психологических факторов, определяющих потребление алкоголя — отношение к возможности алкоголизации. По данным опроса (4241 мужчины и женщины) 16% мужчин и 6% женщин считали употребление малых доз спиртных напитков безвредным, а 42% мужчин и 65% женщин — вредным. 23% женщин и 12,4% мужчин считали целесообразным прекратить продажу спиртных напитков; за ее ограничение высказались 80,8% женщин и 54,9% мужчин. Считали возможным давать алкогольные напитки детям 5,6% мужчин и 3% женщин. Семейные конфликты после эпизодов алкоголизации возникали у женщин значительно чаще, чем у мужчин (соответственно у 46% и 28%); укоры совести из-за этого постоянно испытывают 31% женщин и 22,6% мужчин. Курение и алкоголизация взаимно усиливают друг друга — курящие потребляют алкоголь чаще и в больших количествах. Женщины больше тяготеют к употреблению алкоголя в условиях, санкционированных обществом. В настоящее время и семья

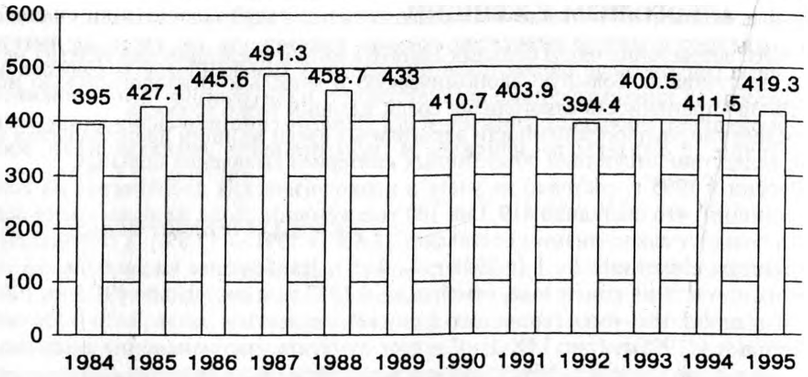


Рис. 3.IX-1. Число больных алкоголизмом женщин, состоящих на учете на конец года, в России (на 100 тыс. женщин)

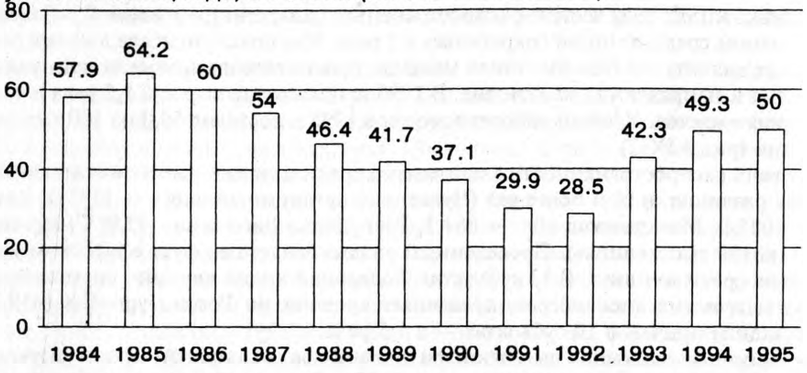


Рис. 3.IX-2. Число больных алкоголизмом женщин с впервые в жизни установленным диагнозом в России (на 100 тыс. женщин)

и общество санкционируют употребление алкоголя уже в подростковом возрасте. Алкоголизации женщин препятствовали веками формировавшиеся социально-психологические нормы поведения женщин. Пренебрегают ими прежде всего женщины с установками на "равенство", или имеющие серьезные расстройства эмоциональной сферы и (или) асоциальные тенденции поведения. Именно эти категории женщин в большей мере подвержены алкоголизму.

20 лет назад существовало представление о более позднем, чем у мужчин (на 8 лет), развитии болезни у женщин. В настоящее время возрастное распределение практически не отличается от мужчин, но у женщин отмечаются "короткие" или "сверхкороткие" сроки формирования важнейших симптомов алкоголизма.

В последние десятилетия выявлен рост числа молодых женщин в общем количестве больных алкоголизмом, а также более раннее по возрасту начало приобщения девушек к употреблению алкоголя с 12-15 лет. Наряду с этим подчеркивается роль нарушений внутрисемейных отношений и семейной отягощенности алкоголизмом (преимущественно по материнской линии). При раннем начале формирования алкоголизма быстро прогрессирует социальная деградация, проявляющаяся в различных формах социального снижения [5].

Для алкоголизма у женщин характерно, как было уже отмечено, преобладание злокачественного течения, ранних изменений личности, большая индуцируемость партнерами, преобладание ситуационной зависимости алкоголизации. Считается, что перспективы развития заболевания и лечения хуже, чем у мужчин. При этом "общественное мнение" менее снисходительно к женщинам. Даже в случае алкоголизма в супружеских парах в отношении к женщинам "общественное мнение" жестче. В этих ситуациях и сами женщины тяжелее оценивают свой "дефект". Следствием этого является активное утаивание своего состояния, поздняя обращаемость за помощью, искажение реальной картины заболевания. Иначе говоря, "социальная стигматизация" является фактором, способствующим утяжелению индивидуальной алкогольной ситуации.

При наследственной отягощенности алкоголизмом у больных женщин чаще отмечаются психозы, депрессии, ранние органические поражения мозга, такой вариант преморбидного развития как неустойчивый тип личности. У больных чаще и быстрее развиваются нравственно-этические компоненты "алкогольной деградации" (притупление чувства материнского долга, профессионального долга, легкомыслие, неряшливость, эмоциональное огрубление), т.е. фактор наследственной отягощенности влияет как на скорость формирования алкоголизма, так и особенности его проявлений.

Определение удельного веса биологических, психологических и социальных факторов как ведущих причин развития алкоголизма у женщин затруднительно, хотя очевидно, что социальный компонент имеет существенное значение для развития алкоголизма.

В связи с этим, представляет интерес социологическое исследование, проведенное с целью выявления влияния интенсивности потребления алкоголя на состояние здоровья женщин, а также выявления некоторых социальных факторов, сказывающихся на потреблении алкоголя женщинами. Методом регламентированного интервью были обследованы 450 женщин, работавших на предприятии Москвы, использующем в основном труд женщин, и 109 больных алкоголизмом, находившихся в стационаре.

Из 450 обследованных выделена группа женщин, которые не употребляли алкоголь регулярно (1-я группа). Умеренно пьющие составили 2-ю группу. Эта группа включала лиц, у которых не выражена периодичность употребления спиртных напитков, а частота их употребления составляет от 3 раз в году до 1 раза в месяц, причем объем выпитого не превышает 150 г. Лица, употреблявшие алкоголь 2-3 раза в месяц и чаще, составили 3-ю группу, разовая доза спиртных напитков в этой группе превышала 200 г. Женщин, включенных в эту группу, условно назвали "группой риска". Контрольная группа (4-я) состояла из лиц, которым был установлен диагноз алкоголизма.

Определение влияния интенсивности употребления алкогольных напитков на состояние здоровья женщин проводили на основании обращаемости к врачу в течение года, наличия хронических заболеваний и травматизма в течение последних 3 лет. Обращаемость к врачу в течение последнего года во 2-ой, 3-й и 4-й группах оказалась примерно одинаковой (соответственно 74,1; 75 и 72,8%). Несколько ниже удельный вес обратившихся к врачу в 1-ой группе — 56,8%. Анализ болезненности свидетельствует об увеличении доли лиц, страдающих хроническими заболеваниями, с увеличением интенсивности употребления алкоголя. Так, лица, имеющие хронические заболевания, во 2-й группе составили 31,7%, в 3-й — 40,9%, в 4-й — 77,9%.

Наличие травм, по данным медицинской документации, также связано с интенсивностью употребления алкоголя. Доля лиц, имеющих в анамнезе травму, растет от 2-й группы к 4-й и составляет соответственно 8,4%; 9% и 29,4%, в то время как в 1-й группе — всего 5,5%.

Установлена достоверная связь между обращаемостью к врачу и интенсивностью употребления алкоголя в "группе риска".

Из вредных привычек, имеющих связь с употреблением алкоголя, выделяется табакокурение. Так, во 2, 3 и 4 группах удельный вес курящих составляет соответственно 23,6%; 72,7% и 78%, в то время как в 1 группе курящие составляют лишь 9,2%.

На интенсивность употребления спиртных напитков влияет семейное окружение. В исследовании установлено, что факт употребления спиртных напитков не реже 2-3 раз в месяц хотя бы одним из членов семьи связан с интенсивностью употребления алкоголя женщинами.

Наличие конфликтов в жизни женщины является показателем, связанным со множеством причин, число их возрастает при систематическом употреблении алкоголя. Неприятности в семье у различных групп женщин оказалось трудно связать с интенсивностью употребления алкоголя. В то же время зависимость между принадлежностью к той или иной группе обследованных и числом конфликтов в социальной сфере выглядит убедительно. Выраженность умеренной конфликтности в социальной сфере во 2-ой (34,1%) и 3-й (61,4%) группе указывает на особую важность и чувствительность данного признака.

Таким образом, выявлено, что чем более интенсивно женщины употребляют алкоголь, тем чаще отмечается наличие хронического заболевания, травмы в анамнезе, табакокурение, наличие в семье лиц, систематически употребляющих алкоголь, и наличие конфликтов в социальной сфере. Авторы этого исследования высказывают точку зрения, несколько противоречащую общепринятому мнению о том, что движущей силой алкоголизма у женщин являются "жизненные невзгоды". Скорее это общее снижение "трез-

веннических установок" и, в соответствии с этим, реагирование на трудности потреблением алкоголя [6].

Наследственная отягощенность алкоголизмом, биологическая предрасположенность к нему, сочетающаяся с провоцирующими алкоголизацию микросоциальными воздействиями и способствующими ей личностными особенностями, представляются наиболее типичным комплексом причин формирования алкоголизма у женщин.

Алкоголизм женщин тяжело сказывается на детях, приводя к заметным нарушениям их психики, которые требуют специальной коррекции: невротическим расстройствам, отчуждению, задержкам психического развития, девиантному поведению. Бессознательная идентификация себя с матерью в сочетании с наследственной предрасположенностью к алкоголизму и социально-психологическая дезадаптация, обусловленная недостатками воспитания, часто приводят этих детей к злоупотреблению алкоголем и формированию зависимости от него. Взрослые дети больных алкоголизмом часто не осознают, что истоки многих их жизненных проблем – в семейном алкоголизме.

В настоящее время можно считать доказанным и генетическими и социологическими исследованиями, что сыновья и дочери больных алкоголизмом родителей в зрелом возрасте заболевают алкоголизмом с частотой, существенно превосходящей как общепопуляционную величину, так и частоту алкоголизма в группах сравнения, состоящих из лиц, чьи родители в этом отношении здоровы. Доля пораженных алкоголизмом сыновей больных алкоголизмом родителей, по данным разных авторов, колеблется от 17 до 86,7%, доля пораженных алкоголизмом дочерей — от 2 до 25%. Таким образом, взрослые сыновья и дочери больных алкоголизмом родителей, составляют группу высокого риска заболевания алкоголизмом [7].

3.IX.4. АЛКОГОЛЬНЫЙ СИНДРОМ ПЛОДА

Одно из самых тяжелых в клиническом и социальном отношении последствий пьянства и алкоголизма — влияние алкоголя на потомство. Алкоголь вызывает физическое недоразвитие, уродства, расстройства деятельности внутренних органов, задержки и нарушения психического развития, врожденные заболевания центральной нервной системы.

Многочисленные клинические наблюдения свидетельствуют, что главной "мишенью" алкоголя является центральная нервная система. По данным отечественных и зарубежных исследователей, умственная отсталость детей в 40-60% случаев связана с алкоголизмом родителей.

Установлено, что действие этанола на потомство осуществляется тремя основными путями: во-первых, непосредственное влияние на половые клетки (пьяное зачатие), во-вторых, повреждение полового аппарата (семенники, яичники) в результате хронического потребления алкоголя, и в — третьих, прямое действие алкоголя во время беременности на развивающийся организм. Отрицательное воздействие на организм ребенка оказывает употребление алкоголя во время грудного вскармливания.

Хотя патогенное влияние алкоголя на потомство было известно уже давно, первые систематические научные исследования были предприняты только в конце 60-х годов во Франции. Позднее аналогичные исследования были проведены в США в 1973 г. Для обозначения группы симптомов, характерных для потомства матерей-алкоголичек, было введено понятие "алкогольный синдром плода", или "фетальный алкогольный синдром". Этот комплекс симптомов включает нарушение строения лицевого отдела черепа и врожденные уродства, недоразвитие различных отделов мозга, умственную отсталость, уменьшение массы и размеров тела. Не все перечисленные симптомы выражены в равной степени. Чаще других выявляется умственная отсталость, порой при отсутствии каких-либо нарушений физического развития. Поэтому часто эти нарушения обозначают как алкогольные эмбриопатии.

В последнее десятилетие исследование влияния пьянства и алкоголизма на потомство заняло одно из центральных мест по всей проблеме алкоголизма. Проводятся целенаправленные клинические исследования детей родителей-алкоголиков, выясняются механизмы патогенеза алкогольных поражений потомства. Удалось довольно детально охарактеризовать состояние высших отделов центральной нервной системы детей, рожденных родителями-пьяницами и алкоголиками. Прослежена также зависимость поражения плода от доз этанола: ежедневный прием 150 г алкоголя повышает риск повреждения плода на 50%.

По данным российских исследователей, у трети всех детей, рожденных матерями, страдающими хроническим алкоголизмом, впоследствии обнаруживалась олигофрения. Кроме того, значительная часть детей погибала в первые 2 года жизни, в связи с этим обстоятельством относительное число детей-олигофренов возрастало до 54,1%, т.е., почти половина детей, матери которых потребляли алкоголь во время беременности, страдали олигофренией [8].

Таким образом, одно из основных направлений дальнейших экспериментальных исследований — детальное изучение нарушений деятельности высших отделов ЦНС у потомков алкоголизированных родителей. Только на основе таких исследований могут разрабатываться эффективные лечебно-профилактические мероприятия. Кроме того, определенное место должны занять выявление и изучение факторов, усугубляющих патогенное действие алкоголя, а также факторов, способствующих повышению устойчивости развивающегося организма к действию алкоголя.

Наряду с этим, важнейшим направлением являются эпидемиологические исследования распространенности нарушений у детей раннего возраста в связи с алкоголизмом в семье, и у женщин прежде всего.

3.IX.5. АЛКОГОЛИЗМ ПОДРОСТКОВ

Прямым следствием "семейной" отягощенности алкоголизмом является приобщение детей и подростков к употреблению алкоголя. Проблема эта также трудноизмерима, как и распространенность алкоголизма у женщин.

Особенности учета больных алкоголизмом подростков определяются, в первую очередь, отсутствием четких критериев диагностики раннего алкоголизма. Вопросы выявления, формы учета и диагностики в подростковой наркологии остаются во многом нерешенными. В оценке распространенности, характера потребления, течения раннего алкоголизма существует много противоречий. Некоторые авторы говорят чуть ли не о 100% алкоголизации подростков, имея в виду знакомство подростков с алкогольными напитками, независимо от частоты их употребления. Рядом авторов частым считается употребление алкогольных напитков раз в неделю и чаще, тогда как другие относят в группу "злоупотребляющих часто" подростков, употребляющих алкоголь раз в месяц и чаще . Большинство авторов считает, что возраст начала потребления алкоголя определяет злокачественность течения раннего алкоголизма. Существует и мнение, что нет никаких оснований считать подростковый возраст решающим фактором.

Подростки, злоупотребляющие алкоголем и больные алкоголизмом, чаще всего попадают к наркологу через инспекцию по делам несовершеннолетних, тогда как система выявления таких подростков в школах, техникумах и общемедицинской сети практически не действует.

После известного Постановления 1985 г. выявление подростков увеличилось сразу вдвое. В первую очередь это определялось расширением сети наркологических учреждений, созданием подростковых кабинетов, активизацией деятельности подростковых врачей, более активным взятием на учет больных подростков. Но при этом нельзя исключать и гипердиагностики алкоголизма среди подростков в 1985-86 гг., когда злоупотребляющим алкоголем подросткам ставился диагноз хронического алкоголизма. Иногда гипердиагностика хронического алкоголизма у подростков достигала почти 30%. Начиная с 1986 г., в отчеты наркологических диспансеров была введена информация о числе подростков, злоупотребляющих алкоголем. В настоящее время мы располагаем четырьмя показателями, которые могут характеризовать алкогольные проблемы подростков:

1. Число подростков, впервые взятых на учет с диагнозом "алкоголизм".
2. Число впервые взятых на учет подростков, злоупотребляющих алкоголем.
3. Число больных алкоголизмом подростков, состоящих на учете в наркологическом диспансере.
4. Число состоящих на учете подростков, злоупотребляющих алкоголем.

Эти показатели в расчете на 100 тыс.подросткового населения позволяют при сопоставлении их в динамике и при сравнении данных отдельных территорий получать некоторое представление, если не о распространенности алкоголизма среди подростков, то, если можно так выразиться, — об "алкогольных проблемах подростков".

В России в 1995 г. на учете состояло 1099 подростков и 55 детей, больных алкоголизмом; злоупотребляющих алкоголем — около 54 тысяч подростков и 4,5 тыс.детей.

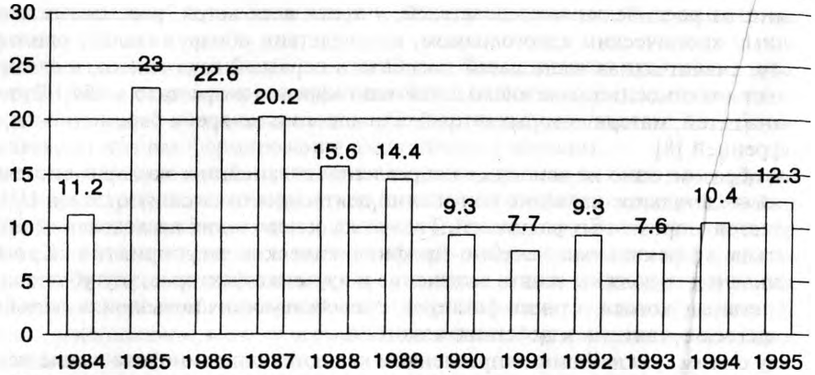


Рис. 3.IX-3. Число больных алкоголизмом подростков с впервые в жизни установленным диагнозом в России (на 100 тыс. нас. подростк.)

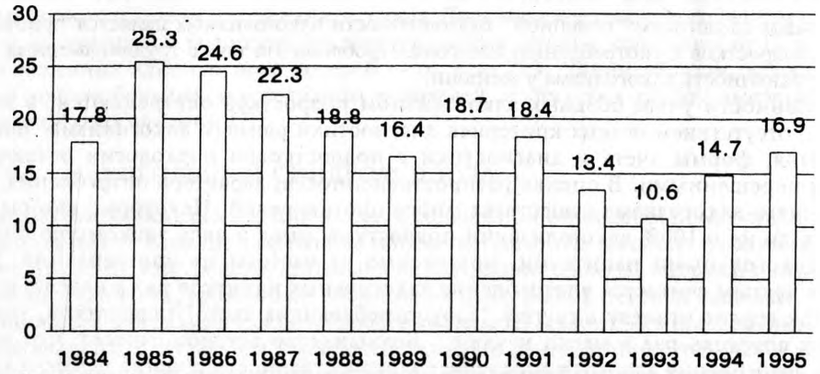


Рис.3.IX- 4. Число больных алкоголизмом подростков, состоящих на учете на конец года, в России (на 100 тыс. нас. подростк.)

При этом 80 подростков перенесли в 1995 г. алкогольные психозы, тогда как в предыдущие годы их почти не отмечалось, и только в 1994 г. было выявлено 78 случаев. Алкогольные психозы, которые во взрослом населении считаются индикатором распространенности алкоголизма, среди подростков регистрируются редко, так как для появления алкогольного психоза должно пройти как минимум 2-3 года течения хронического алкоголизма. В этом отношении частота алкогольных психозов в следующей возрастной группе — 18-19 лет, данные о которой появились в последние два года в отчетной форме N 11, дает некоторую информацию о пораженности алкоголизмом подростков. В 1993 г. в этой возрастной группе перенесли алкогольные психозы 73 человека, в 1994 г. — 214, а в 1995 г. уже 343, что в 1,6 раза больше.

Первичное выявление больных алкоголизмом подростков представлено на рис.3.IX-3.

После уже упомянутого резкого подъема в 1985-1986 гг., этот показатель в среднем по России также резко пошел на спад. Последние 5 лет выявление больных подростков в России было ниже уровня 1984 г. и ежегодно колебалось в пределах 7 — 10,4 случаев на 100 тыс.подростков.

Однако в 1995 г. число подростков больных алкоголизмом с впервые в жизни установленным диагнозом составило 12,3 на 100 тыс. подростков и показатель превысил уровень 1984 г.

Поскольку подростки по достижении 18 лет переходят в следующую возрастную группу и снимаются с учета у подросткового врача-нарколога, накопления больных подростков на учете не происходит и показатели числа состоящих на учете подростков довольно мало отличаются от уровня первичной выявляемости больных алкоголизмом подростков (рис.3.IX-4). Максимальное зарегистрированное число больных алкоголизмом подростков в целом по России отмечено в 1985-86 гг., когда на учете по поводу алкоголизма

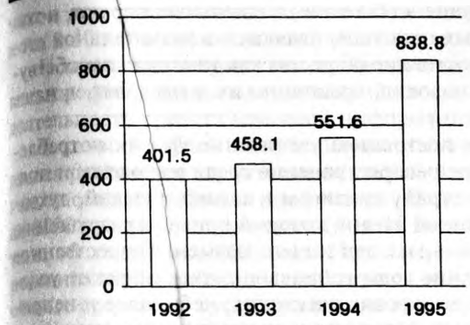


Рис.IX- 5. Число подростков, состоящих на профилактическом учете в связи со злоупотреблением алкоголем, взятые на учет с впервые в жизни установленным диагнозом в России (на 100 тыс. п. н.)

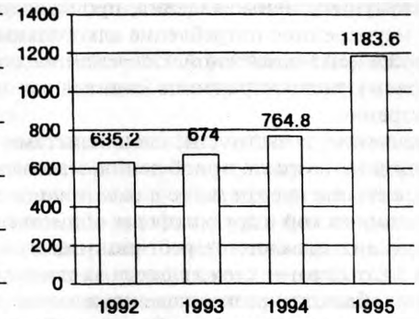


Рис. IX-6. Число подростков, состоящих на профилактическом учете в связи со злоупотреблением алкоголем, находящихся под наблюдением в России (на 100 тыс. п. н.)

состояло около 25 подростков на каждые 100 тыс. населения этого возраста. В последние 5 лет пик пришелся на 1990-91 гг., а в последующие два года отмечалось снижение показателя. В 1993 г. в среднем по России состояло на учете 10,6 подростков на 100 тыс. В дальнейшем появилась тенденция к росту данного показателя и в 1995 г. его уровень составил 16,9 на 100 тыс.подростков.

Между территориями наблюдается широкий размах показателей. Низкий уровень числа состоящих на учете больных алкоголизмом подростков свидетельствует скорее не об алкогольном благополучии в подростковой среде, а о том, что подростками не занимаются (раз не берут на учет, значит не лечат).

Наибольшее число больных алкоголизмом подростков состояло на учете в 1995 г. в Республике Калмыкия (91,3), Челябинской (61,1), Новосибирской (52,7) и Орловской (49,3) областях. В то же время, для оценки распространенности алкогольных проблем подростков, большое значение имеют показатели учета злоупотребляющих алкоголем подростков, динамика которых представлена на рис.3.IX-5 и 3.IX-6. Максимум первичного выявления группы риска, т.е. злоупотребляющих алкоголем подростков приходится на 1986 г., когда на каждые 100 тыс подростков приходилось более 800 злоупотребляющих алкоголем. В последние 4 года ярко выражена тенденция роста данного показателя, а в 1995 г. он составил 838,8 на 100 тыс. подростков, что в 1,5 раза больше, чем в предыдущем году, и несколько превышает уровень 1985 г.

Данные учета злоупотребляющих алкоголем подростков оказываются значительно ниже, чем результаты эпидемиологических исследований, проведенных с помощью анонимного анкетирования. Так, Е.С.Скворцова нашла, что часто употребляют спиртные напитки 25% мальчиков-подростков и 17,2% девочек; по данным Е.А.Кошкиной с соавт., часто употребляют спиртные напитки 16,3% опрошенных; по данным А.В.Худякова — 4% двенадцати-тринадцатилетних детей и 39% подростков. Выше уже указывалось на расхождение в оценке частоты употребления спиртных напитков, чем и объясняется различие полученных результатов.

Таким образом, данные учета (при всей их неполноте), а также рост алкогольных психозов свидетельствуют о резком ухудшении алкогольной ситуации в подростковой среде и необходимости принятия действенных мер на государственном уровне, чтобы остановить процесс алкоголизации подросткового поколения. [9].

3.IX.6. СОЦИАЛЬНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ ДЕТЬМИ И ПОДРОСТКАМИ

Социальные потрясения, переживаемые обществом в целом, в первую очередь находят свое отражение в молодежной среде, причем, в гипертрофированном виде. Это обусловлено рядом причин, связанных со спецификой возраста: существенными морфо-функциональными изменениями периода полового созревания, трудностями социализации, отсутствием жизненного опыта, неустоявшимся мировоззрением, юношеским максимализмом.